



Advisory Council on the Status of Women
Conseil consultatif sur la condition de la femme

**Health of Adolescent Girls:
Principles and Recommendations**

**(followed by a Background Paper on the
Health of Adolescent Girls)**

**Prepared for the
New Brunswick Advisory Council
on the Status of Women**

**December 1985
Moncton**

2. Principles for adoption by the Department of Education and the Department of Health and Community Services

The adolescent girl needs:

- an outlet for discussing anxieties regarding weight or weight control;
- accurate information regarding diet and dieting;
- an outlet for discussing anxieties concerning family, school and peer pressures (including cultural pressures regarding her role as a young woman and her future role as an adult) as well as for an outlet for discussing options for coping with pressures which counter her sense of identity;
- an outlet for discussing anxieties regarding relationships;
- accurate information regarding reproductive health and methods of birth control.

3. Principles for adoption by the Department of Education and the Department of Tourism, Recreation and Heritage

The adolescent girl needs:

- female leadership role models;
- a wide range of opportunities for developing leadership;
- role models of women in many types of sports and fitness programs.

Health and Adolescent Girls

Principles and Recommendations

After a preliminary study of a number of issues related to the health of adolescent girls, the New Brunswick Advisory Council on the Status of Women has developed concerns regarding eating habits (nutritional status, eating disorders), reproductive health, non-medical use of drugs, physical activities and mental health. The Council is particularly concerned with how cultural pressures negatively affect adolescent girls in these health areas. It has formulated a number of principles which it believes the Department of Health and Community Services, the Department of Education and the Department of Tourism, Recreation and Heritage should adopt and offers recommendations to these departments.

Principles

The New Brunswick Advisory Council on the Status of Women holds the following principles regarding issues related to adolescent girls and their health and believes the departments addressed should adopt them.

1. Principle for adoption by the Department of Education, the Department of Health and Community Services, and the Department of Tourism, Recreation and Heritage.

The adolescent girl needs:

- images which celebrate individuality rather than conformity with a single ideal of female beauty (i.e. images which celebrate different shapes and sizes).

4. Principles for adoption by the Department of Tourism,
Recreation and Heritage

The adolescent girl needs:

- affordable, accessible and well-equipped facilities for a broad range of physical activities (whether competitive or non-competitive);
- community-based programs which sponsor a variety of fitness for fun programs and which allow for varying interests in competition and varying degrees of ability;
- community-based programs which promote and offer equal time to physical activities for adolescent girls and adolescent boys (as well as to physical activities for adult women and adult men).

Recommendations

The New Brunswick Advisory Council on the Status of Women offers the following recommendations.

Recommendations to the Department of Health and Community
Services and the Department of Education:

- 1) a) that the departments undertake an attitudinal survey of adolescent girls and boys regarding their eating habits and their desire to control their weight in an effort to determine the degree to which culturally-induced beliefs in fad diets and the "thin/slim is beautiful" ideal govern each sex. Issues such as the desire to diet, to purge food and to exercise excessively or compulsively should be addressed.

The N.B. A.C.S.W. would be willing to offer input into the development of such a survey (suggesting possible survey materials or models, suggesting problems to be examined etc.) and, once results are obtained, would be willing to offer suggestions for policy formulation and/or program response.

- b) that the departments address the possibility that excessive or imbalanced dieting negatively affects scholastic performance and thus self-esteem, and develop educational measures to alert teachers and students to this risk;
 - c) that the departments encourage the further distribution of existing materials on eating disorders within schools and other bodies associated with youth and develop more related material if required;
 - d) that the departments develop educational materials which offer images suggesting that many types of bodies are socially acceptable and encouraging the definition and acceptance of self "from the inside out";
- 2) that the departments develop a network of health workers, one per 500 students. They would offer:
- referrals
 - one-to-one counselling
 - discussion groups

- educational campaigns using materials developed by health professionals (such as nutritionists)
- one of their specific duties would be to address cultural pressures which negatively affect the health habits of adolescent girls (issues such as fad diets, thin is beautiful attitudes, smoking as a method of weight control, smoking as a hazard when using oral contraceptives, using tranquillizers as a method of coping).

Recommendations to the Department of Health and Community Services

- 1) a) that the Department collect data on the frequency of eating disorders (anorexia nervosa, bulimia, obesity) among New Brunswickers by age group, sex and region. We need to understand the extent of these problems as well as the extent of reporting, and ascertain whether anorexia nervosa and bulimia are going undiagnosed or are being misdiagnosed;
- b) that the Department share such data with the N.B. A.C.S.W. so that it may offer suggestions as to possible policy and program responses.
- 2) a) that the Department in conjunction with the Alcoholism and Drug Dependency Commission give further study to the non-medical use of tranquillizers among girls, examining areas including:
 - the link of tranquillizer use among girls to suicide attempts among girls;

- the link of tranquillizer use among girls to the abuse of psychoactive drugs (drugs affecting the mind or behavior) among adult women;
 - how these girls are acquiring the tranquillizers (prescriptions to mothers, self, or friends?);
 - degree of dependency on these drugs;
 - the reasons for girls using these drugs (do adolescent girls and boys use tranquillizers for different reasons or begin using them as a result of different pressures?);
- b) that the Department share these results with the N.B. A.C.S.W. so that it may offer input regarding possible policy and program responses.
- 3) a) that the Department collect statistics on tranquillizers prescribed to adolescent girls (including data on the number of girls receiving such prescriptions, their ages, the frequency of the prescription per female patient and the reasons for the prescription) to determine whether a disproportionate number of adolescent girls and young women as compared to boys and young men receive such prescriptions and whether a policy or program response (such as an educational campaign) may be required.
- b) that the Department share its results with the N.B. A.C.S.W. so that it may offer input regarding possible policy and program responses.
- 4) a) that the Department give further study to the number of girls as compared to boys who are treated for depression in New Brunswick and that the study address the following questions:

- i) - is the greater number of hospital reportings of girls with depression as compared to boys significant and is there a significant and greater number of girls treated for depression by other New Brunswick institutions, clinics or private medical practitioners?
 - ii) - if the numbers are significantly disproportionate, why are they?
 - are girls more likely to seek or accept help?
 - or
 - are societal pressures on adolescent girls (traditional role vs personal goals) a factor in bringing on depression in girls?
 - or are both hypotheses factors or are there other factors?
 - iii) - what are the common types and degrees of depression among adolescent girls?
 - iv) - do health professionals display different attitudes towards or use different treatment methods for a depressed adolescent girl and a depressed adolescent boy?
- b) that the Department share its results with the N.B. A.C.S.W. so that it may offer input regarding possible policy and program responses.
- 5) that the Department examine ways of extending the services of reproductive health clinics into the smaller centers and rural areas of the province.

6) a)-that the Department collect data on attempted suicide among adolescent girls to determine whether a policy or program response is required;

-that the study address these questions:

i) - do a significantly greater number of girls than boys attempt suicide in New Brunswick?

ii) - are societal pressures on girls a significant factor in their decisions to attempt suicide?
(For example, does the adolescent girl who attempts suicide feel that her personal goals are being frustrated by a traditional role she feels she must play?)

b) that the Department share its results with the N.B. A.C.S.W. so that it may offer input into possible policy and program responses.

Recommendations to the Department of Health and Community Services and the Department of Tourism, Recreation and Heritage

- that the departments address the possibility of the increased incidence of eating disorders among high risk groups such as dancing students, models, gymnasts and other female athletes and examine the need for educating doctors, physical education teachers and coaches regarding:

i) the signs and symptoms displayed by those with eating disorders

ii) the appropriate course of action to be taken with a suspected victim of an eating disorder.

Recommendations to the Department of Tourism, Recreation and Heritage

- that the Department develop policy regarding community-based, departmentally-funded fitness facilities which require:
 - i) an equitable proportion of time for competitive and non-competitive physical activities;
 - ii) an equitable proportion of time for women's and for men's physical activities;
 - iii) that the time allotments correspond to the normal free time periods of the targeted participants;
 - iv) that the admittance or registration fees for such activities be nominal (i.e. non-prohibitive to regular participation).

and which stipulate:

- that if the demand for competitive or non-competitive women's physical activities does not appear to exist in a given community to a degree warranting response, that the Department offer assistance to the community in promoting and developing physical activity programs for women after examination of the needs, interests, free time periods and disposable incomes of the women in the community, and possibly, after an educational campaign on alternative types of fitness programs for women.

To All Departments Addressed

The N.B. A.C.S.W. offers:

- cooperation with on-going or planned committees examining adolescent girls or adult women and health-related issues;
- support of research into a health issue as it is related to adolescent girls or adult women; this support could take the form of:
 - suggestions for issues to be raised or particular areas to be examined;
 - suggestions for possible interpretations of data collected;
 - suggestions for policy or program response.



Advisory Council on the Status of Women
Conseil consultatif sur la condition de la femme

**A Background Paper on
the Health of Adolescent Girls**

**Prepared for the
New Brunswick Advisory Council
on the Status of Women**

**September 1985
Moncton**

Acknowledgments:

Research and compilation: Elspeth Tulloch

Text Processing: Irène Girouard

Translation: Noëlla Richard

The New Brunswick Advisory Council on the Status of Women is an agency for consultation and study which was created to advise the provincial government and bring before the public issues relating to the status of women. The Council reports directly to the Premier of the province.

Ce document est disponible en français.

Advisory Council on the Status of Women
880 Main St., Suite 210
Moncton, N.B.
E1C 1G4

TABLE OF CONTENTS

Table index	p. ii
Overview	p. 1
Nutritional status	p. 3
Dieting	p. 6
Eating disorders	p. 8
obesity	p. 8
anorexia nervosa	p. 11
bulimia	p. 14
Teenage pregnancy	p. 16
Abortions performed on adolescent girls	p. 18
Non-medical use of drugs	p. 19
Physical activity	p. 22
Mental health (self-confidence, self-esteem, depression, suicide)	p. 24
Conclusion: issues raised	p. 27
References	p. 28
Tables	p. 34
Appendix	p. 47

Table 1	Panorama of Mortality by Cause, School Age Children and Adolescents, N. B. 1980-1984	p. 34
Table 2	Selected Primary Diagnosis Aged 12-18, N. B. Hospitals, 1979-1984 (depression, anorexia nervosa, bulimia)	p. 35
Table 3	Mental Disorders, Ages 12-15, 16-18.	p. 36
Table 4	Ten Most Frequent Primary Diagnosis Groups For Adolescents, N. B. Hospitals 1983-1984	p. 37
Table 5	Cause of Death, Suicide by Age Group and Sex, N. B. 1980-1984	p. 38
Table 6	Number of Teenage Births in N. B. 1955-1984	p. 39
Table 7	Live Births by Age of Mother (12-19 years) N. B. 1980-1984	p. 40
Table 8	Live Birth Rates by Age of Mother (12-19) years) N. B. 1980-1984	p. 41
Table 9	Therapeutic Abortions in N. B. by Age, 1975-1983	p. 42
Table 10	Therapeutic Abortion Rates per 100 Live Births by Age Groups, 1981	p. 43
Table 11	STD Rates Among 15-19 Year Olds Canada 1964-1982	p. 44

Table 12	Notifiable Sexually Transmitted Disease Among 15-19 Year Olds by Province and Sex, 1982	p. 44
Table 13	Percentage of Sampled N. B. Students Reporting Drug Use, 1981	p. 45
Table 14	Table on Self Image by Sex	p. 46
Table 15	Table on Leisure Activities by Sex	p. 46



Overview

This background paper gives data on a number of health topics which concern adolescent girls: nutritional status, eating disorders (obesity, anorexia nervosa and bulimia), teenage pregnancy, abortions performed on teenagers, non-medical drug use, physical activity, and mental health (self-esteem, depression, suicide). An overview of health services available to adolescent girls accompanies each topic.

Questions to keep in mind

How is the health status of adolescent girls as compared to adolescent boys being affected by cultural pressures?

Have there been departmental responses to cultural pressures which may adversely affect the health of adolescent girls?

Highlights

A fact encountered often in this paper is the almost universal concern with diet and dieting among adolescent girls. Since adolescents in general tend to be concerned about appearance, weight, height and bodily features, adolescent girls, having this normal concern, are more vulnerable to society's "thin is beautiful" ideal of female beauty. Problems ranging from nutritional deficiencies to full-blown eating disorders, such as anorexia nervosa and bulimia, are far more prevalent among females than males, the eating disorders being virtual female diseases. Researchers have also suggested the possible link between the high number of girls who smoke and girls' weight preoccupation. Adolescent girls who become pregnant may also incur a great nutritional and general health risk to themselves and to the fetus.

While because of improved nutrition women have been increasing in weight by .3 lb a year between 1959 and 1979, society's models of ideal beauty have been decreasing in weight by the same amount; for example,

the average yearly decline in weight of Miss America winners has been .37 lb. The number of diet articles published in popular women's magazines have also increased significantly over the past 10 years.¹

Society's movement to a thinner standard of beauty for women, while women have simultaneously been becoming healthier and heavier "may exert intense pressure on some women [and girls] to diet in spite of possible adverse physical and emotional consequences".²

Like all researchers in the field, the often-cited feminist researcher, Marlene Boskind-Lodahl has observed that bulimarexics (sufferers of anorexia nervosa and bulimia) display a great need for achievement, are perfectionists. As Boskind-Lodahl shows, they also display a deep reliance on others, especially men, to validate their sense of worth and their binge-purge cycles are often associated with real or perceived rejection by men.³ Women's socialization to be dependent on men may affect women's development of self:

Social dependence, as a habit of responding, has a number of consequences First, the reliance on rewards coming from others makes the individual very flexible and adaptable, ready to alter her behavior (or herself) in response to words and threats. Second, she is limited to others as a source of rewards, including self-esteem, for two reasons: (1) the necessity of being accommodating and responsive works against the development of the self which might oppose the demands of others, and (2) any evidence of the development of the self as a source of approval or of alternative directions is punished by others. The "responsiveness" and the sole reliance on social support make the woman extraordinarily vulnerable to rejection (meaning failure).⁴

Thus our concern with cultural pressures on women to be thin, to their detriment, may be broken down into two issues:

- the unhealthy and predominant standard of thin female beauty espoused by our society through the media, pageants, advertising, etc.

- the socialization of women to need male approval to feel beautiful and ultimately to have an identity.

As preliminary data in this paper reveals, problems with self-confidence, self-esteem and depression seem to be more common or more prolonged through adolescence among girls than boys.

Although relevant government departments have developed policies and programs in response to some adolescent health-related concerns (for example, adolescent sexuality and teenage pregnancy), these programs are for the most part in the urban centers of New Brunswick. Program response to dieting and eating disorders has been limited, in some cases, nonexistent.

Nutritional status

Weight is not the only criterion by which to measure or determine eating related disorders or chaotic eating patterns. Nutritional status must also be considered. A Toronto study identified gender differences in the perceptions and food use of adolescent boys and girls and concluded that:

adolescent girls are at a greater nutritional risk than are the boys. Owing to their strong desire to be thin (even among those of normal clinical weight), many girls actively reduce their food intake, which leads to both energy and nutrient inadequacies; when taken to extremes this could result in disorders such as anorexia nervosa. Despite a strong health belief, the general preferences for sweet/salty foods were prevalent; the rated palatability of these foods did not differ significantly between the sexes. Hence for those adolescent girls who succumb to their preferences for nutrient-poor foods, even though to a lesser degree than their male counterparts, the impact could be greater by virtue of the fact that girls eat a smaller volume of food. This would be particularly exaggerated for those girls on self-imposed reducing diets.⁵

Also of concern is the number of adolescent girls who follow fad diets. N. B. public health nutritionists noted the increased prevalence of vegetarianism, without adequate nutritional knowledge. The unnecessary or improper use of diet pills, vitamin pills and fast foods and poor eating habits such as fasting, snacking (consumption of sweets) and skipping meals are also of nutritional concern. Iron deficiency anemia is a problem common to adolescent girls and deficiencies in calcium, vitamin A and ascorbic acid intake are common to both adolescent boys and girls. A 1981 Ontario study also found a poor energy intake to be a problem among adolescent girls.⁶ Evidence suggests that a daily caloric intake of fewer than 2000 calories makes it difficult to maintain adequate iron intake.⁷ Poor or inadequate diets or eating habits can affect a person's ability to perform well. They may also render one more susceptible to disease. Such habits may continue into adulthood and be transmitted to the adolescents' future families.

The nutritional needs of the pregnant teenager are also a concern; her nutritional requirements exceed those of the adult pregnant woman because she must supply nutrients for her own growth as well as that of the fetus. A young woman who conceives when she has only low nutritional reserves is in very poor condition to begin a pregnancy.

Government services

Nutritional services are provided by the Department of Health through its seven public health nutritionists (6 in the regions and 1 coordinating in Fredericton). There are also 148 dieticians in the province who can work more directly with their clientele. Seven regional home economists work with the clientele of the Community Social Services division and are involved with adolescent girls primarily through the Adolescent Parent and Child Services program. They help promote the importance and necessity of good nutrition and eating habits throughout the life cycle.

The public health nutritionists access to the public through the public health nurses. The nutritionists develop resources on nutrition for distribution and have developed nutritional materials for adolescents. Adolescents are not a targeted group, however, as the nutritionists have few resources and wish to distribute them to the most receptive populations. Adolescents are not a group which has been traditionally motivated to change nutrition-related habits. Preschool and elementary school children and pregnant women or women considering pregnancy are the group found to be most receptive to nutritional information. Preschool children will presumably learn life-long habits and expectant mothers will pass their habits on to their children.

The nutritionists promote good nutrition every year during March, Nutrition Month. They would like to see the province develop a food policy for schools. Some schools fund extracurricular activities, like sports, through the selling of junk food, which the nutritionists feel is a contradiction in terms. It would be interesting to discover whether these extracurricular activities are mostly boys' sports and whether it is the girls, because of their otherwise restricted food intake, who are disproportionately suffering nutritionally in consuming the junk foods. The nutritionists observed a need for greater support for their work from school superintendents or principals to facilitate nutritional education in the schools.

Both the English and French sections of the Department of Education have well-developed nutritional curricula, for grades 1 through 9. The government reform has recommended that health education continue through the senior years. The Department of Education encourages the involvement of health professionals in health education classes, but the arrangements are left to the discretion of the local schools.

Dieting

The large number of adolescent girls who go on food restricting diets is of concern.

- An American study found over 61% of adolescent girls had dieted to lose weight and 37% were dieting at the time of the study.⁸

- Another American study found that 70% of high school girls were unhappy with their bodies and wanted to lose weight.⁹ A Swedish study found a similar preoccupation with being fat among adolescent girls.¹⁰

- A 1977 study "found that although 38% of a sample of college females were statistically underweight, only 5% perceived their weight to be below average"¹¹ and an American study found "that whereas only 12% of a female college sample were actually overweight, over 40% believed that they were overweight."¹²

- The 1981 Canada Fitness Survey revealed that 53% of girls between ages 10 and 19 as opposed to 34% of boys in the same age group rated weight control as a very important reason for being active. 60% of girls in that age group as opposed to 39% of the boys identified the maintenance of proper weight as "very important to their personal well-being".¹³

The weight preoccupation of adolescent girls is a reflection of the weight obsession of adult women:

- A 1983 American study found that 75% of women felt they were too fat although only 25% actually exceeded their desirable weights.¹⁴

Improper and excessive dieting can have severe consequences on the health of the individual, especially the adolescent girl who requires

extra nutrients for her growth and for the numerous activities she may be involved in:

The physical and emotional consequences of chronic dieting are considerable. Symptoms such as irritability, poor concentration, anxiety, depression, apathy, lability of mood, fatigue, and social isolation have been associated with the prolonged caloric restriction of semi-starvation (Keys, Brozek, Henschel, Mickelson, & Taylor, 1950). Bruch (1973) has suggested that many of these symptoms occur to a lesser extent in women who chronically diet to hold their weight below that which is biologically adaptive. Dieting or "restrained eating" has been associated with increased responsiveness (or vulnerability) to external food cues suggesting that caloric restriction may change the organism's posture toward food which would make further dieting more arduous (Herman & Polivy, 1975). Body weight (or body fat) below a specific level has been associated with the cessation of normal menstrual functioning (Frisch & MacArthur, 1974; Garner & Garfinkel, in press; Vincent, 1979). It is ironic that the current symbols of "sexual attractiveness" may be gravitating toward a weight which is in biological opposition to normal reproductive activity. Finally, it has been shown that there is a heightened risk for the development of such serious eating disorders as anorexia nervosa in certain professional subcultures where dieting and the demand for thinness are endemic.¹⁵

Government services

Diet-related information for the public is produced and distributed by the public health nutritionists of the Department of Health. However, their resources are limited in this endeavor. Particularly in the smaller health regions, they may also give one-to-one counselling to persons, including adolescent girls, on dieting. Some are involved in the delivery of diet programs for the severely obese. Nutritional material produced by Health and Welfare Canada, by companies such as Kellogg's and specialized associations such as the Cancer Society, the Heart Foundation and food marketing boards offer nutritional materials useful to those involved in diet education, such as nutritionists, public health nurses and school teachers.

The Department of Education health curricula emphasize positive and sensible attitudes towards food but it is not clear what special attention they give to cultural pressures on girls to diet and the hazards girls may incur in succumbing to these pressures.

Eating Disorders

Obesity

Obesity is the commonest problem related to poor eating habits and lack of exercise in the young woman and adolescent. Depending on how we define obesity, between 5 and 20% of children and teenagers and between 20 and 30% of adults suffer from it. Some studies suggest that over 50% of Canadians are overweight and the 1972 Nutrition Canada survey put up to 80% of Canadian adults at risk for being overweight. Obesity is more common in females and at least 10% of adolescent girls are obese. This would mean that at least 2,875 N.B. adolescent schoolgirls would have been classified as obese in 1984-1985. Prognostic data indicate that 80% of obesity in childhood and adolescence will persist into adulthood in spite of treatment.¹⁶

Why special concern about the obese female adolescent?

Not only does being overweight represent a future potential health hazard but it may also affect the adolescent's social relationships, school performance, and emotional adjustment.... One study reported that overweight girls - in comparison with those of average physique - showed traits of passivity, withdrawal, concern with status, acceptance of dominant values, and desiring very close ties within their peer group.... [Another] found that of many behavioral disturbances to which overweight adolescents are subjected, two are unique to obesity: overeating and distortions of body image characterized by a feeling that the body is grotesque or should be regarded with contempt.¹⁷

Empirical data indicate that obesity is commonly part of a family pattern. It may also be related to regional eating habits. Public health nurses from the Chatham-Newcastle area, for example, have reported a problem with obesity in very small rural places like Sunny Corner; it may be that severe obesity is more common in some rural areas.

Attempts at the treatment of obese adolescent females in New Brunswick

In Moncton, public health nurses with the help of the local public health nutritionist offered obesity clinics in the schools. They tried different methods but came to the conclusion that the group approach was not appropriate for adolescents. Of the adolescents who attended, virtually all were girls, probably because they are more self-conscious about their appearance because of cultural pressures. Potential male candidates seemed uninterested from the onset. These clinics were to be directed by the adolescents in the group after an introductory period on nutrition led by the public health nurse. No special diet was encouraged. The clinics were meant to be support groups rather than dieting sessions.

Although varying techniques were used and public health nurses with different personalities and approaches led the groups, none of the clinics were deemed successful. There was a high dropout rate and often few were left in the group by the end of the scheduled sessions.

A similar pattern was encountered in Saint John early this year (January to March 1985). The Y.W.C.A. received a grant for a project to deal with obesity among adolescents and the criteria for the project required that 10 obese adolescents participate. Out of the entire city of Saint John only eight adolescents came.

In commenting on the group attempts to deal with adolescent obesity, the public health nutritionists noted several problems:

- adolescents, and in particular adolescent girls (since they have little empirical data on adolescent boys), do not like to feel labelled. The idea of going to an obesity clinic or a weight reduction support clinic does not increase the already low-esteem of obese adolescents;
- it is difficult to form obesity support groups for adolescents outside the school environment (as in the Y.W.C.A. case) because of transportation problems and the other extracurricular and

more ego-boosting activities in which adolescents may be involved;

- it is also difficult to form obesity support groups in the school environment because obese adolescents don't want to be seen by their peers to be attending such sessions;
- adolescents are not highly motivated in a structured setting.

The public health nutritionists have found that the most effective way of dealing with obese adolescents is by individual referral (as to a dietician) or by one-to-one counselling delivered by the nutritionist. In severe cases at school a teacher may refer an obese adolescent to the public health nurse who may in turn make a referral to another specialist in the field (public health nutritionist, dietician, doctor).

A program for the successful treatment of the obese adolescent has been suggested by Anders Häger, a specialist in this field:

A prerequisite is a well-motivated patient, parental coercion often being counter-productive. The obesity treatment consists of the following parts: diet, increased physical activity and psychological support; individual or group therapy, behaviour modification. Anorectic drugs should not be used.¹⁸

He suggests a matrix for action which includes objectives for teenagers, parents, home, community, schools, the worksite, media, private sector, government, and health care system. The N.B. public health nutritionists also recommend the multidisciplinary approach, including family counselling, behavioral changes, change in lifestyle, exercise, and the adoption of a suitable diet.

It would seem, however, that a distinction must be made between medically-threatening obesity and medically-acceptable obesity. Hilde Bruch, a well-known psychiatrist who has long specialized in the treatment of eating disorders, including obesity, makes a strong and eloquent statement for society's acceptance of overweight persons as they are. Their greatest enemy is not their weight but society's

negative attitude towards their condition. Bruch suggests that there could actually be fewer cases of chaotic eating behavior with its concomitant fluctuations in weight and mood, as well as fewer cases of severe obesity, if societal attitudes towards overweight persons and particularly overweight females became less judgmental and rejecting, allowing such people to deal with their problems in a less pressured environment (see Appendix I).

Anorexia nervosa

"Anorexia nervosa is a dramatic disorder characterized by behaviour directed toward losing weight, peculiar patterns of handling food, intense fear of gaining weight, weight loss, disturbance of body image, and amenorrhea".¹⁹ The obsessive starvation results in a weight loss of at least 25% of ideal body weight, a level the anorectic usually seeks and believes normal.

The populations in which this disorder occurs are normally unusually healthy and this gives reason for alarm. It tends to occur more often among the higher social classes where there is an abundance of food and where there may be a high level of stress on adolescents to perform well; however, it is being diagnosed among socioeconomic classes previously considered non-risk groups, suggesting that universal cultural pressures on women are stronger than some socioeconomic pressures.²⁰ The age of onset is often between 14 and 18 years and patients usually develop it before age 25, although it is not uncommon after that age.

Various studies have been done to determine the incidence of this problem among young women:

- A 1971 Swedish study estimated 1 severe case of anorexia nervosa for every 150 adolescent girls.²¹

- A 1972-74 English study found 1 severe case for every 200 schoolgirls, and 1 severe case for every 100 schoolgirls aged 16 and over, with a much larger number thought to display milder symptoms of the disease.²² This ratio suggests that up to 114 New Brunswick schoolgirls aged 16 and over suffered from severe anorexia nervosa in the 1984-1985 school year.
- The 1980 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders used by the American Psychiatric Association estimates that 1 out of every 250 girls between 12 and 18 may develop anorexia nervosa. This estimate would mean 139 girls in New Brunswick could have developed anorexia nervosa in the 1984-1985 school year.

Ninety-five percent of those persons afflicted with the disease are female. The mortality risk stands between 10% and 20% for those patients who are not treated and deaths occur even among those who receive treatment.

The accompanying physical, psychological and social morbidity is even higher [than the mortality risk]. Misdiagnosis of the syndrome is common because patients often deny that they are starving themselves; consequently many of these young women are treated, inappropriately, for problems secondary to anorexia, such as amenorrhoea, cyclical oedema, osteoporosis, unexplained weight loss, Raynaud's disease and thyroid disorders. Although much is known about anorexia nervosa, its treatment remains a difficult, complex and specialized task. The restoration of sufferers to full physical and psychological health does not occur nearly as often as we would wish.²³

The tiny number of anorexia nervosa cases reported by New Brunswick hospitals would seem to suggest that here, like elsewhere, many cases of the disease are being misdiagnosed or are going undiagnosed. (See Table 2.)

Canadian and international researchers agree that anorexia nervosa "is a common and serious disease of our times" and that it is becoming more common.

It has been suggested ... that this, and also the remarkable differential sex incidence in the disorder, are related to several factors:

- (a) our affluent and over-nourished society;
- (b) the rapid biological growth through puberty ... especially amongst females, who ... come to associate their mounting fatness with their adolescent self-consciousness and turmoil;
- (c) the ... almost universal attempts at dieting among female adolescents in which respect they ... differ from the majority of adolescent males;
- (d) the particular psychological problems of an existential kind, for adolescents today, which are ... different from those confronted [by] previous generations in recent times.²⁴

With researchers agreeing that cultural pressures on women to be thin have increased the incidence of this disease, feminists have further reason to question society's narrow definition of feminine beauty, this "tyranny of slenderness", as one victim of weight obsession, author Kim Chernin, calls it.²⁵

Government services

The Department of Health has not developed any "organized program response" to anorexia nervosa. Cases are dealt with individually by doctors, Mental Health Clinics or hospitals. The public health nutritionists have developed some material on the condition and they are aware that some cases are being dealt with by public health nurses or school district-hired nurses in the schools. As the small number of hospital reports suggests, many cases seem to be going undetected or are being misdiagnosed.

Bulimia

Bulimia is characterized by recurrent episodes of binge-eating (rapid consumption of a large amount of food within a relatively short period of time usually less than two hours): an awareness and lack of denial that the eating pattern is abnormal; a fear of not being able to stop eating voluntarily; depressed mood and self-deprecating thoughts following the eating binge; and weight-reducing efforts that usually comprise severely restrictive diets, self-induced vomiting, or use of cathartics or diuretics.²⁶

Bulimics who successfully control their weight maintain it near the average weight per height and seldom fall 15% below their ideal body weight. They usually do not wish to lose the dramatic amount anorectics do. While a large number of anorectics are bulimic, many bulimics are not anorectic.

As with anorexia nervosa, this disease occurs more frequently among young women who would otherwise be very healthy. The typical age of onset is 18 years, but many bulimics continue their episodes for as many as 20 years, with increasingly frequent episodes, associated depression and deterioration of physical, social and emotional functioning.²⁷ Like anorexia nervosa, bulimia can lead to death.

- American studies in different parts of the United States have found variously that 19% and 7.8% of college women and 4.9% of high school girls suffer from bulimia. Incidence for males was 5% and 1.4% for the respective studies of college students; in the high school study boys were not included as the incidence of bulimia among boys is considered small;²⁸ the high school study would suggest that there were 1,430 girls in New Brunswick suffering from bulimia in 1984-1985.

- an American study of university students seeking help at an outpatient psychiatric clinic found that 3.8% of those students were bulimic (89% female, 11% male);²⁹

- an Australian study found that 20% of young women may fulfil the criteria for an eating disorder (bulimia or anorexia nervosa) at some stage, however briefly, and about 7% abuse laxatives or diuretics.³⁰

Why is the incidence of bulimia a concern?

Not only can bulimia severely affect the physical and mental health of the afflicted person but, like anorexia nervosa, it seems to be at least partially culturally induced. Severely afflicted bulimics may "progress to the point that the bingeing itself consumes a large part of their day, as well as their thinking".³¹ Such young women are less likely to be able to cope well in school or in interpersonal relationships and many suffer from depression.

New Brunswick hospital statistics for 1979-1984 reveal that no girl between the ages of 12 and 18 has ever received the primary diagnosis of bulimia. (See Table 2.) The evidence of the incidence studies suggests, therefore, that the disease, like anorexia nervosa, is being misdiagnosed or is going undiagnosed to the peril of its sufferers.

Government services

As with anorexia nervosa, the Department of Health has not developed any "organized program response" to this disease. Cases are dealt with individually by doctors, Mental Health Clinics or hospitals. As the absence of hospital reports suggests, hundreds of cases may be going undetected or are being misdiagnosed.

Teenage pregnancy

New Brunswick vital statistics for 1975-1984 reveal that live birth rates among teenage mothers have been steadily declining and that the number of teenage births has decreased by 51.4%. The proportion of teenage births in relation to the total number of births in the province has also been shrinking. This fits in with a 10-year Canadian and international trend identified in a recent study.³² What has increased is the awareness of the problems the pregnant teenager and the teenage mother face, as well as the number of births to unmarried teenagers. The latter increase has probably given the public the false impression that teenage pregnancies on the whole have been increasing. In fact, while there are fewer teenage pregnancies, more teenage mothers are keeping their children and attempting to raise their children alone.

Although the numbers of teenage births have been dropping, they still remain significant. The Departments of Health and Education have been addressing the issue of adolescents, reproductive health and sexuality in various ways.

Government services

The Department of Health has established a continuing education program for public health nurses in the area of sexuality counselling and education. It has also established Reproductive Health Clinics in Moncton, Fredericton, Edmundston, Campbellton and Chatham and is planning such clinics for Saint John, Bathurst and a second one for a francophone clientele in Moncton. These clinics are designed to provide sexuality and birth control counselling and education as well as clinical birth control services. The public health nutritionists are currently developing nutritional information for these clinics to inform people about preconception nutrition and nutritional needs while taking oral contraceptives.

The French and English sections of the Department of Education have developed curricula on human reproduction and development for the

elementary and junior high school levels (up to grade 9). In the past, the Council has made recommendations for courses dealing with non-sexist human relations, treating topics such as responsibilities in relationships, power abuse in relationships, sexual abuse and sexual exploitation. These aspects do not seem to be well-developed in the present curricula. At the August 1985 Youth Conference "Coopération Jeunesse", a day was devoted to sexism and female-male relations. A number of adolescents complained that these issues were not well-treated if at all at school and said they would like them to be.

Community services

There are Planned Parenthood Associations in Edmundston, Fredericton, Kedgwick, Riverview, Florenceville and Sackville. This organization distributes a number of pamphlets and booklets on family planning, adolescence, contraception, the handicapped, pregnancy, venereal diseases as well as parent/teacher resources and materials on menopause, breast self-examinations, the pap test, breast feeding and other related reproductive health issues. There is also a Family Health Clinic and Outreach Project in Chatham-Newcastle.

In Moncton, the organization Support for Single Mothers has existed since 1983, following the group's evaluation of the needs of single mothers in 1982-1983. It offers pre- and postnatal courses, support groups, educational programs in life skills, community resources, parenting, child development, career and job opportunities as well as child care services and transportation.

Birthright, an organization which offers support to the expectant young mother, has branches in Fredericton, Moncton, Chatham-Newcastle, Saint John and Edmundston. It finds lodging for the expectant mother who has no place to stay during her pregnancy.

Family Enrichment and Counselling Services can offer support to the expectant young mother or the teenage mother. This organization has branches in Moncton, Fredericton, Edmundston and Bathurst. A similar organization called Family Services exists in Saint John.

Abortions performed on adolescent girls

While the number of teenage births in New Brunswick declined by 39% between 1975 and 1982, the number of abortions performed on females under 20 declined by 50%, suggesting that fewer teenagers are becoming pregnant. These figures may be somewhat askewed because of the suspension of abortions at the Moncton Hospital for six months in 1982. However, the total number of therapeutic abortions performed in 1983 rose only minimally over 1982 (age breakdowns are not yet available for 1983 and 1984).

Perhaps a more accurate comparison, given the lack of recent figures, can be made by comparing abortions and live births among teenagers between 1975 and 1980. During that period, teenage live births declined by 29% while abortions performed on females under 20 rose by only 16%. While these figures suggest that teenagers are using abortion as a form of birth control, they also indicate that more teenagers are using some other method to prevent pregnancy. The decline in the teenage live birth rate correlates well with the increased instruction of sex education in the schools.

Government and community services to the girl making a decision regarding her pregnancy

Officials in the Department of Social Services, the Mental Health Clinics, the Department of Health public health sector, as well as guidance counsellors are equipped to support a pregnant teenager during her decision-process regarding her pregnancy.

A 1984 governmental study revealed, however, that none of the adolescents who chose to have an abortion in that study's sample sought help from these professionals. Rather they sought help from professionals working in community services such as Birthright, Planned Parenthood and Family Enrichment. A number went to doctors.

Hospitals

Although nine hospitals in New Brunswick have therapeutic abortion committees, only five have active committees: Dr. Everett Chalmers, Fredericton; the Moncton Hospital; the Miramichi Hospital, Newcastle; Oromocto Public, and the Saint John Regional Hospital. The inactive committees are in Bathurst, Campbellton, Sackville and Woodstock.

The 1984 government study revealed that more abortions were performed on New Brunswick women outside the province than within, often because New Brunswick facilities are inaccessible or nonexistent. A number of women go to clinics in adjacent American states and Quebec. In a recent press conference Henry Morgentaler reported that about 50% of the women who visit his Montreal clinic come from outside Quebec and 80% of those are Maritime women. Between January and October 1985 his clinic performed approximately 1,600 abortions.³³

Non-medical use of drugs

A 1981 study of junior and senior high school students by the New Brunswick Alcoholism and Drug Dependency Commission found that males and females reported similar rates of drug use. Alcohol appears to be the drug of choice, followed by cannabis products and thirdly a combination of alcohol and cannabis. (See Table 13.) Although the Commission did not have a definite sex breakdown, it observed that females tend to use more pills than males.³⁴ This observation correlates with a 1977 study of the non-medical use of drugs among students in Fredericton and Edmundston. Generally, more boys than girls used all forms of drugs tested for in the survey except for tranquilizers. In grade 11, for example, 13.3% or more than 3 times as many girls than boys used tranquilizers for non-medical reasons.³⁵ This tendency is of concern since chemical dependency among adult women often involves the abuse of psychoactive drugs as well as alcohol.

The Fredericton-Edmundston study also revealed that in grades 7 to 11, more girls than boys smoked tobacco; this finding correlates with the 1981 Canada Fitness Survey (C.F.S.) which found that more adolescent females than males smoke and that by age 18-19 almost one in every two females is at least an occasional smoker. The C.F.S. noted that this figure is likely below the actual one since reporting was probably lowered because the survey was done in a family setting.³⁶

While there is a high incidence of smoking among adolescent girls, most adult smokers are male and adolescent males are more likely to be heavy smokers. While smoking less, adolescent girls who smoke may be putting themselves at just as great health risks as boys who smoke if they use oral contraceptives. Evidence suggests that females who smoke are just as likely as non-smokers to use oral contraceptives, despite the elevated risk of cardiovascular problems which result.³⁷

The Canadian Youth and Physical Activity report also suggested a possible link between girls' smoking and girls' desire to lose weight:

ACTIVITY SMOKING AND RELATED VALUES

	<u>males</u>	<u>females</u>
regard physical activity as very important	63%	55%
classified "active" to age 17	77%	71%
regard not smoking as very important	62%	59%
smoke at least occasionally, age 14-19	25%	33%
regard weight control as very important	39%	60%

from Canadian Youth and Physical Activity, 1983

The question raised by this pattern of results is whether female youth are attempting to control their weight by smoking instead of by exercise or perhaps in addition to exercise. Since tobacco is an appetite suppressant, it may be successful enough as an ally in the adolescent battle against excess weight to become firmly established as a life-long habit.³⁸

Government services

The Department of Health is involved with the Federal/Provincial/Territorial Working Group on Smoking which has, among other things, gotten the National Program to Reduce Smoking underway. A television advertising campaign directed at youth is part of the program. A federal/provincial research effort will also be trying to determine why the incidence of smoking is increasing among girls.

Both the French and English sections of the Department of Education have developed curricula on substance abuse for grades 1 to 9 and the Alcoholism and Drug Dependency Commission (A.D.D.C.) has developed materials on substance abuse for use in the schools.

The A.D.D.C. has treatment centers in Moncton, Fredericton, Saint John, Newcastle, Tracadie, Bathurst, Campbellton, Edmundston, Perth-Andover, Woodstock, and Lone Water Farm Westfield. About 9% of the Commission's out-patient department case load consisted of persons under 21 years of age during the first three months of 1985 (no sex breakdowns available). About 1% of the Commission's in-patients are young persons.

Physical activity

The 1983 Canadian Youth and Physical Activity report found a gradual decline in activity levels for females beginning at age 12-13, contrasting with the sharp drop for males at ages 18-19. Up to age 17, females are less active than males but by the end of adolescence, more females than males are regularly active.³⁹

The survey revealed that females wished to start jogging/ running, swimming, tennis, home exercises and bicycling in considerably greater numbers than males and that a substantial number wished to take up weight training and lifting. The activities which males and females report doing are those which emphasize their areas of superiority. For example, females are more flexible and participate more in skating, gymnastics and dancing. However, it was impossible to determine from the C.F.S. questionnaire whether the sexes were freely choosing their activities or whether they were being limited by few alternatives offered by their schools and communities.⁴⁰

Both sexes agreed that the main reason to be active is to have fun but 19% more females than males think weight control is a good reason for being active and 7% fewer are attracted by challenging their abilities.⁴¹

One factor which females seem to consider important in becoming physically active is the support of a friend or partner. 7% more females than males reported this need.⁴² However, this desire did not translate into as great an interest as boys in organized sports. The cultural reasons for these differences were not addressed by the survey.

The 1985 Physical Fitness of Canadian Youth report found that girls 15 to 19 years have a lower cardiovascular endurance than younger age groups and linked this decline with higher amounts of subcutaneous fat and lower levels of physical activity than those of younger age groups.⁴³

The number of females who reported themselves as being active falls below 70 percent after the age of 15, whereas over three quarters of males are considered active until the ages of 18 to 19.... This suggests that much of the decline in the cardiovascular endurance of 15 to 19-year old girls could be prevented by an increase in frequency and intensity of activity.⁴⁴

Government Services

Physical education is compulsory in the schools until grade 9. One course called "Health and Physical Education 112 - Lifetime Fitness and Physical Recreation Activities" must be taken in either grade 10, 11 or 12. It emphasizes personal health, physical fitness and physical recreation activities that can be carried on throughout one's life and addresses topics such as the principles of weight control, the effect of exercise on various systems of the human body and the components of physical fitness. It is not yet clear how much special attention is given to counterbalancing society's pressures on girls to exercise to be slim.

The Department supports the New Brunswick Interscholastic Athletic Association (NBIAA) which in turn promotes girls' and boys' athletic activities. It is not yet clear whether these activities are promoted equally.

The Department of Youth, Recreation and Cultural Resources is involved in the financial, consultative and administrative assistance of amateur sport. The degree to which the department is involved in giving such assistance to girls' sports and to promoting the fitness of girls has yet to be clarified.

Mental health

Self-confidence, self-esteem, depression

The adolescent period is problematic for girls because they receive conflicting messages about the goals they should pursue (Rossi, 1972). In the school setting girls are expected to strive to achieve mastery in their work, just as they were during the grade school years. Yet adolescent girls also receive increasing pressure from other directions to develop traditional feminine qualities, some of which are incompatible with the development of mastery. Presumably because of socialization differences, males have developed a higher level of confidence in their abilities than have females by the late adolescent period ⁴⁵

A 1982 study found that while both boys and girls in pre-adolescence have a need to bolster self-esteem through fabrication (the creating of a false impression of self), by early adolescence boys lose this need, while girls retain it until late adolescence. The study suggests that:

One possible explanation for this gender difference in early adolescence is the differences in socialization patterns, which become especially acute with the onset of adolescence. As F.R. Rosenberg and Simmons (1975) point out, in early adolescence, girls become more oriented toward the evaluation of others than do boys. As a result of sex-role socialization, girls are taught to please others and not be a burden to them, while boys concentrate on personal achievement. One consequence may be that girls with low self-esteem will still have a strong motivation to present a false front to others, especially when hiding potentially unacceptable feelings behind a more socially acceptable impression. Even as other interior dimensions of the self-concept develop, sex-role socialization will affect girls with low self-esteem, so that they will remain more prone to fabricate than girls with high self-esteem, in order to maintain pleasant relationships. In later adolescence, this disturbance may wane, as social and cognitive growth becomes more complete and integrated. In contrast, boys with low self-esteem may not be more likely than boys with high self-esteem to present a false front by covering up their feelings. As they become more attuned to success and achieving it, boys worry less about maintaining pleasant relationships. As a consequence, even adolescent boys with low self-esteem are not so prone to fabricate as

boys in pre-adolescence. Rather than have a general motivation to hide unpleasant feelings, boys may feel a need to do so only when their goals require this deception.⁴⁶

The study's author cautions, however, that the relationship between self-esteem and fabrication may only seem to vanish in late adolescence because these individuals have had the time to develop the "ability to assess the appropriateness of a situated identity and present a self corresponding to it".⁴⁷ They may not necessarily have improved their cognitive and social skills in a manner to allow themselves to be themselves.

Depression and suicide

Between 1979 and 1984, over twice as many girls as boys between the ages of 16 and 18 and almost four times as many girls than boys between the ages of 12 and 15 received the primary diagnosis of depression in New Brunswick hospitals. (See Table 2.)

Between 1980 and 1984, almost five times more boys than girls between the ages of 10 and 19 committed suicide in New Brunswick (see Table 4); however, 1981 Canadian statistics suggest that the rate of attempted suicide among adolescents is 10 times greater than their rate of suicide.⁴⁸ Although figures for attempted suicide by adolescents are not yet available for New Brunswick, figures from five other Canadian provinces, including Nova Scotia, reveal that almost twice as many girls between 15 and 19 years of age attempted suicide than boys in 1980-81 and that girls attempted suicide at a rate 47 times greater than they succeeded.⁴⁹ Girls most frequently attempt suicide through drug overdose while boys use fire arms. Researcher Marie-France Charron gives a possible explanation for this fact. She notes that the medical profession tends to "medicalize" depression

rather than exploring the social and cultural pressures on the depressed patient. Since girls are more likely than boys to seek help when depressed, girls have greater access to prescribed drugs and are more likely to use them in a crisis.⁵⁰ Girls are socialized to believe that psychoactive drugs will solve or alleviate their problems.

Government services

Mental Health clinics exist in Moncton, Ste-Anne-de-Kent, Saint John, Sussex, St. Stephen, Fredericton, Woodstock, Edmundston, Grand Falls, Campbellton, Bathurst, Caraquet and Chatham. Social workers, guidance counsellors and public health nurses as well as doctors, psychologists, psychiatrists, and members of the law enforcement system may be called upon to work with a troubled adolescent. Volunteer groups such as the Canadian Mental Health Association and the Canadian Association for the Mentally Retarded are involved in public education regarding services and the definition of mental health.

The 1984 Report of the Planning Committee on Mental Health Services for Children and Adolescents observed the fragmentation of mental health services to children and adolescents and made 22 recommendations for improved services to this group. These recommendations included targeting populations which may be at risk to develop a mental or emotional disorder. Although the report was not more specific, it would seem that specialized clinics developed according to need could be established by the Department of Health under the suggested formula. For example, clinics on eating disorders, which exist in the U.S.A., could be considered. Whether girls and boys may have different mental health service needs was not explored by this report.

Conclusion

The data presented in this paper strongly suggests that certain cultural pressures on girls are major negative influences on the health of adolescent girls. A drive for thinness caused by the "thin is beautiful" ideal seems to be a factor in promoting problems from poor nutrition to eating disorders to smoking. As compared to boys, girls are in disproportionately greater numbers citing weight control as a reason to engage in physical activity.

It is known that a number of neurotic disorders in adult women, including depression, have strong bases in social strictures and pressures which limit the possibilities for women. One is led to question, therefore, whether similar disorders in adolescent girls are brought on for similar reasons. Certainly the reasons for the disproportionate numbers of adolescent girls with these disorders as opposed to adolescent boys warrant thorough investigation. Tranquilizer and other psychoactive drug use and abuse among adolescent girls also warrants further research. The use of mood altering pills seems to be greater among adolescent girls than boys and this suggests a link to such use and too often abuse and addiction among adult women.

While the Department of Health is to be applauded for establishing reproductive health clinics in major centers, it should not limit this work to these places but extend it in some form to rural areas.

Similarly, the appropriate departments must address the problem of lower physical activity among girls as compared to boys. This work would include seeking ways of ensuring that girls' and boys' competitive and non-competitive physical activities receive equal promotion and time allotments in recreational facilities, proportional moneys and access to proper equipment and good quality facilities, which empirical data suggests is not presently happening.

References

1. David M. Garner et al., "Cultural Expectations of Thinness in Women", Psychological Reports, 47 (1980), 485, 488.
2. Ibid., 490.
3. Marlene Boskind-Lodahl, "Cinderella's Stepsisters: A Feminist Perspective on Anorexia Nervosa and Bulimia", Signs: Journal of Women in Culture and Society, 2,2 (1976), 348-9.
4. Judith Long Laws as quoted in Boskind-Lodahl [3], 354-5.
5. Magdalena Krondl and Rebecca S. George, "Perceptions and Food Use of Adolescent Boys and Girls", Nutrition and Behavior, 1 (1983), 123.
6. Nutrition Committee, Canadian Paediatric Society, "Adolescent nutrition: Fast foods, food fads and the educational challenge", Canadian Medical Association Journal, 129 (1983), 693.
7. Donna M. Woolcott, "Nutritional Information and Education Needs of Canadian Consumers", Journal of the Canadian Dietetic Association, 42,1 (1981), 9.
8. Johanna T. Dwyer et al., "Adolescent Dieters: Who Are They?", American Journal of Clinical Nutrition, 20 (1967), 1047.
9. R. L. Heunemann et al., as quoted in Garner [1], 483.

10. I. Nylander, "The feeling of being fat and dieting in a school population: epidemiologic, interview investigation", Acta Sociomedica Scandinavia, 3 (1971), 17-26.
11. S. H. Gray, "Social aspects of body image: Perception of normalcy of weight and affect of college undergraduates", as cited in David Garner et al., "An Overview of Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa", Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research (New York: Alan R. Liss Inc.), p. 70.
12. Katherine A. Halmi's work as cited in Garner [11], 70.
13. Canada Fitness Survey, Canadian Youth and Physical Activity, Fitness and Amateur Sport, October, 1983, p. 30.
14. Findings of Susan Wooley and Orland Wooley, directors of the Eating Disorder Clinic at the University of Cincinnati College of Medicine, as reported in the Times-Transcript, Moncton, August 29, 1985, p. 8.
15. Garner [1], 490.
16. For studies mentioned in this paragraph, see "Being Adolescent and Obese", Nutrition Notes, Nutrition Services, Department of Health, Fredericton, April, 1984; Hilde Bruch, Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within (New York: Basic Books, 1973); "What Causes Obesity?", Nutrition Notes, Nutrition Services, Department of Health, Fredericton, October, 1983; Woolcott [7], 8; David Burman, "Adolescent Nutrition", Practitioner, 222 (1979), 620; Anders Häger, "Nutritional Problems in Adolescence - Obesity", Nutrition Reviews, 39, 2 (1981), 90.

17. Studies as cited in Leo B. Hendry and Pamela Gillies, "Body Type, Body Esteem, School and Leisure: A Study of Overweight, Average and Underweight Adolescents", Journal of Youth and Adolescence, 7, 2 (1978), 183.
18. Häger [16], 89.
19. Katherine A. Halmi, "Anorexia nervosa and bulimia", Psychosomatics, 24, 2 (1983), 111.
20. Garner [11], 66, 79.
21. Nylander [10], 17-26.
22. A. H. Crisp, et al., "How Common is Anorexia Nervosa? A Prevalence Study", British Journal of Psychiatry, 128 (1976), 549.
23. Ross S. Kalucy, "Eating disorders in young women", The Medical Journal of Australia, 5, 2 (1983), 205.
24. Crisp [22], 553.
25. Kim Chernin, The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness (New York: Harper and Row, 1981).
26. Halmi [19], 111.
27. Laurie L. Humphries and Sylvia Wrobel, "Bulimia: The Binge Eating Syndrome", Southern Medical Journal, 76, 2 (1983), 181.

28. Katherine A. Halmi et al., "Binge-eating and vomiting: a survey of a college population", Psychological Medicine, 11 (1981), 697; R. Pyle, "The incidence of bulimia in freshmen college students, International Journal of Eating Disorders, 2 (1983), 75-85; Craig Johnson et al., "Incidence and Correlates of Bulimic Behavior in a Female High School Population", Journal of Youth and Adolescence, 13, 1 (1984), 15.
29. R. S. Stangler and A. M. Printz as cited in Sandra Raynes Weiss and Michael H. Ebert, "Psychological and Behavioral Characteristics of Normal-Weight Bulimics and Normal Weight Control, Psychosomatic Medicine, 45, 4 (1983), 294.
30. Suzanne F. Abraham et al., "Eating Behaviors Among Young Women", Medical Journal of Australia, 2, 5 (1983), 225.
31. Humphries [27], 181.
32. Alan Guttmacher Institute, "Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications", Family Planning Perspectives, 17, 2 (1985) as reported in "Teen Pregnancy: Study Shows Rates Vary With Attitudes", Pro-Choice News (Summer, 1985), p. 14.
33. See Daily Gleaner, November 14, 1985, p. 21 and Globe and Mail, October 10, 1985.
34. Drug use data from Fastats N.B. IV, Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick, Fredericton, 1985, p. 14 as well as from a letter received from J.E. MacIntyre, Alcoholism and Drug Dependency Commission, August, 1985.
35. David J. LePage, et. al, A Survey of the Non-Medical Use of Drugs, Fredericton-Edmundston, 1977.

36. Canada Fitness Survey, Canadian Youth and Physical Activity, p. 22.
37. Ibid., pp. 26-27.
38. Ibid., p. 34.
39. Ibid., pp. 12 and 17.
40. Ibid., pp. 17-18.
41. Ibid., p. 31.
42. Ibid., p. 33.
43. Canada Fitness Survey, Physical Fitness of Canadian Youth, Fitness and Amateur Sport, March, 1985, p. 4.
44. Ibid., p. 12.
45. Jayne E. Stake et al., "The Effects of Assertive Training on the Performance Self-Esteem of Adolescent Girls", Journal of Youth and Adolescence, 12, 5 (1983), 435-6.
46. Gregory C. Elliott, "Self-Esteem and Self-Presentation Among the Young as a Function of Age and Gender", Journal of Youth and Adolescence, 11, 2 (1982), 148.
47. Ibid., 149.

48. Calculated from Tables 63 and 64 using 1981 figures as they appear in Louise Lapierre and Hélène Aylwin, Jeunesse Canadienne: Perspectives sur la santé, Statistics Canada, 1985, p. 90.
49. Ibid.
50. Marie-France Charron as cited in Lapierre [47], 52.

Table 1
PANORAMA OF MORTALITY BY CAUSE
SCHOOL AGE CHILDREN AND ADOLESCENTS
NB
1980-1984

Cause of Death	Ages 10-14												Ages 15-19											
	1980		1981		1982		1983		1984		1980		1981		1982		1983		1984					
Motor Vehicle Accidents	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
AE234-AE241	8	1	8	2	5	4	6	2	8	1	32	7	29	9	30	11	19	2	24	0				
All Other Accidents	1	2	4	0	0	2	3	0	4	3	7	0	7	0	1	0	3	1	6	1				
AE246-AE248 AE250-252, 253, 254-262																								
Leukemia	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1				
A83-A86																								
Respiratory Disease	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	1	0	0					
A161-A178																								
Congenital Anomalies	0	1	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	1	1	2	0	0	1				
A224-A228																								
Cerebrovascular Disease	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
A149-A155																								
Suicide	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	2	2	8	1	4	0	5	2				
A264-A270																								
Sub-Total	9	5	14	3	7	8	9	6	14	4	48	9	40	13	39	15	29	3	35	5				
Other	5	2	4	4	6	2	2	3	0	2	9	5	7	3	14	4	3	6	1	0				
Total	14	7	18	7	13	10	11	9	14	6	57	14	47	16	53	19	32	9	36	5				

Source: Vital Statistics
Table D5.0

Table 2

SELECTED PRIMARY DIAGNOSIS
AGES 12-14 AND 15-19
N.B. HOSPITALS, 1983-84, 79-80

PRIMARY DIAGNOSIS	12-15		16-18		19-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Depression (311)	0	5	0	4	2	0	0	7	3	3	4	8	1	7	6	17
Anorexia Nervosa (3071)	0	1	0	1	0	3	0	0	0	4	0	8	0	6	0	6
Bulimia (7836)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	6	1	5	2	3	0	7	3	7	4	16	0	13	6	23

Source: Hospital Utilization File
Planning and Evaluation

TABLE 3

MENTAL DISORDERS

AGE 12-15

Disorder	1979-80		1980-81		1981-82		1982-83		1983-84	
	male	female	male	female	male	female	male	female	male	female
Neurotic disorders 300-3009	6	23	167	8	23	13	72	5	20	21
Special symptoms or syndromes not elsewhere classified 307-3079	1	3	6	109	5	25	5	18	11	169
Depressive disorder not elsewhere classified 311-3119	3	28	4	43	7	76	4	25	5	44

AGE 16-18

Neurotic disorders 300-3009	14	62	38	468	9	44	34	385	10	71	29	230	7	63	39	266	12	76	30	346
Special symptoms or syndromes not elsewhere classified 307-3079	5	72	6	46	8	132	12	393	10	486										
Depressive disorder not elsewhere classified 311-3119	11	187	11	361	6	128	1	6	7	67	4	10	8	91						

Source: Hospital Utilization File
Note 307-3079 includes anorexia nervosa and other and unspecified disorders of eating among other conditions.

S - Separations; a separation occurs when a patient is either discharged from hospital or dies.

T - Total days of care in hospital.

Table 4

THE MOST FREQUENT PRIMARY DIAGNOSIS GROUPS
FOR ADOLESCENTS
NEW BRUNSWICK HOSPITALS 1983-84

Primary Diagnosis	Age 12-15				Age 16-18			
	Male Separations	Total Days	Female Separations	Total Days	Male Separations	Total Days	Female Separations	Total Days
Respiratory Disease	756	4583	550	2250	556	2093	465	1659
Injury and Poisoning	488	2537	228	1102	470	2788	218	1326
Diseases of the Digestive System	356	1401	274	1385	226	916	242	1037
Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases								
Ill Defined Symptoms and Conditions	178	763	56	514				
Diseases of the Nervous System	140	838	229	1071	107	426	188	735
Diseases of the Genitourinary System	102	494	120	677	99	521	107	596
Infectious and Parasitic Diseases	80	451	111	452	68	275	216	911
Congenital Anomalies	66	336	62	269				
Musculoskeletal System	60	396			45	477		
Diseases of the Blood and Blood Forming Organs			72	450	107	700	88	463
Mental Disorders	55	227						
Diseases of the Skin and Subcutaneous Tissue					57	776	85	1319
Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium					53	334	76	337
			88	379			956	4271

Source: Hospital Utilization File

1
2
3
4

Table 5
CAUSE OF DEATH
SUICIDE BY AGE GROUP AND SEX
NB 1980-84

Age Group	1980			1981			1982			1983			1984		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	4	0	4	2	2	4	8	1	9	4	0	4	1	0	1
20-24	12	1	13	13	0	13	17	1	18	12	0	12	5	2	7
25-29	10	0	10	6	0	6	8	0	8	8	3	11	5	1	10
30-34	5	2	7	7	2	9	9	1	10	8	0	8	6	1	7
35-39	6	1	7	6	0	6	4	0	4	6	0	6	4	0	4
40-44	6	0	6	5	1	6	5	0	5	5	1	6	3	1	4
45-49	5	1	6	4	0	4	2	2	4	5	0	5	4	1	5
50-54	5	1	6	5	1	6	3	3	6	5	0	5	4	0	4
55-59	6	1	7	8	3	11	8	1	9	10	1	11	5	0	5
60-64	2	2	4	6	0	6	1	0	1	5	2	7	4	0	4
65-69	4	0	4	0	0	0	5	1	6	7	1	8	5	2	7
70-74	2	1	3	1	0	1	3	2	5	4	0	4	3	0	3
75-79	2	0	2	1	1	2	1	0	1	2	0	2	2	0	2
80+	2	0	2	3	0	3	4	0	4	4	0	4	2	0	2
Total	71	10	81	67	10	77	78	12	90	85	15	100	57	8	65

Source: Statistics Canada
Table D5.0
AE264-AE270

NUMBER OF TEENAGE BIRTHS IN NEW BRUNSWICK

Table 6

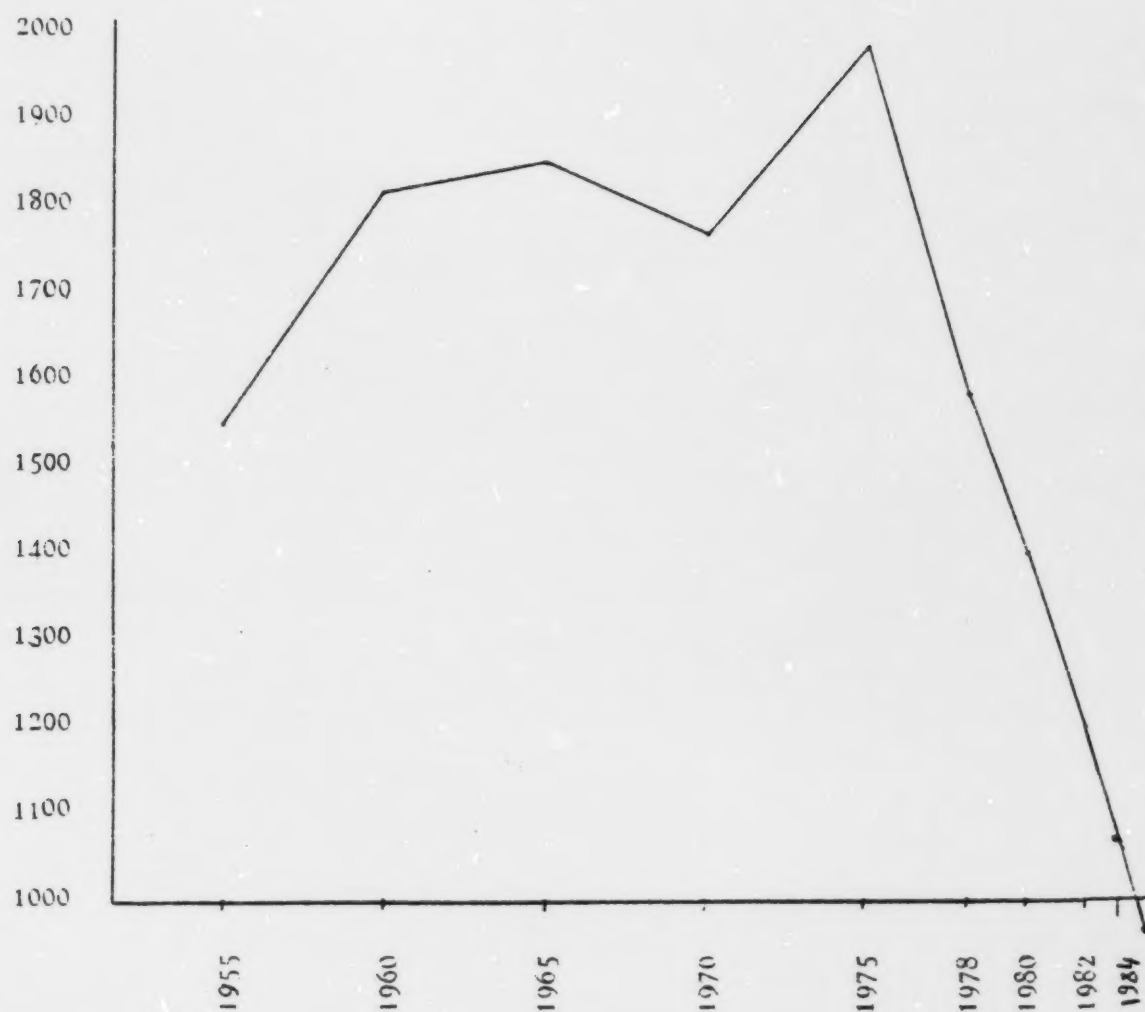


Table 7

LIVE BIRTHS BY AGE OF MOTHER (12-19 YEARS)

NEW BRUNSWICK 1980-1984

AGE OF MOTHER	1984	1983	1982	1981	1980
12	-	-	-	-	-
13	-	1	-	1	3
14	5	8	12	17	12
SUB TOTAL	5	9	12	18	15
15	34	54	56	48	55
16	118	121	126	127	147
17	158	180	232	249	271
18	279	309	357	358	398
19	369	401	424	454	517
SUB TOTAL	958	1,065	1,195	1,236	1,388
TOTAL	963	1,074	1,207	1,254	1,403

Source: Vital Statistics
Planning and Evaluation

Table 8

LIVE BIRTHS, RATES * BY AGE OF MOTHER (12-19 YEARS)
NEW BRUNSWICK 1980-1984

AGE OF MOTHER	1984	1983	1982	1981	1980
12	-	-	-	-	-
13	-	.17	-	.17	.50
14	.79	1.27	1.90	2.7	1.9
SUB TOTAL	.28	.73	.66	1.0	.83
15	5.0	7.9	8.2	7.1	8.1
16	16.4	16.8	17.5	17.6	20.4
17	21.8	24.9	32.1	34.4	37.5
18	39.4	43.6	50.4	50.6	56.2
19	53.6	58.2	61.6	65.9	75.1
SUB TOTAL	27.2	30.3	33.9	35.1	39.4
TOTAL	18.1	20.2	22.7	23.5	26.3

* Per 1,000 female within specific age group
using 1981 Census figures
Source: Planning and Evaluation

Table 9

THERAPEUTIC ABORTIONS IN NEW BRUNSWICK BY AGE OF WOMAN

<u>Age</u>	<u>1983</u>	<u>1982</u>	<u>1981</u>	<u>1980</u>	<u>1979</u>	<u>1978</u>	<u>1977</u>	<u>1976</u>	<u>1975</u>
under 20	—	84	172	197 (15-19)	179	176	154	157	169
20 - 24	—	84	161	143	147	130	141	121	99
25 - 29	—	44	49	59	65	79	62	64	51
30 - 34	—	21	37	35	29	30	39	30	29
35 - 39	—	9	21	25	16	26	20	16	19
40 - 44	—	1	4	8	11	13	10	12	12
<u>TOTAL</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
	263	243	444	467	447	454	426	400	379

* age breakdowns for 1983 are as yet unavailable

Source: Statistics Canada

Table 10

THERAPEUTIC ABORTION RATES PER 100 LIVE BIRTHS BY AGE GROUPS, 1981

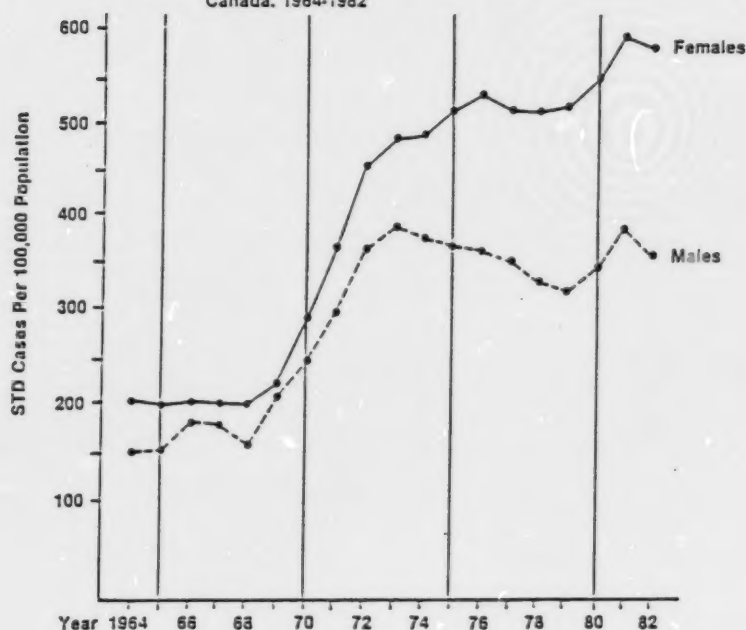
<u>Province</u>	<u>All Ages</u>	<u>Under 20</u>	<u>20-24</u>	<u>25-29</u>	<u>30-34</u>	<u>35-39</u>	<u>40-44</u>
Newfoundland	--	--	--	--	--	--	--
Prince Edward Island	1.4	4.3	1.2	0.6	1.4	2.2	--
Nova Scotia	14.0	38.2	14.0	7.5	7.7	18.0	32.9
New Brunswick	4.2	13.7	4.3	1.4	2.4	6.4	8.3
Quebec	9.5	42.6	9.9	5.3	7.3	15.7	43.4
Ontario	24.9	94.1	27.0	13.1	15.2	30.0	76.5
Manitoba	10.0	27.5	10.6	4.6	6.4	13.3	26.9
Saskatchewan	9.5	27.3	8.8	4.3	5.0	13.6	20.0
Alberta	15.8	47.5	17.3	7.6	8.8	16.8	41.4
British Columbia	30.4	101.1	32.6	17.8	18.2	34.7	93.5
Yukon	22.9	43.5	25.9	14.8	18.2	18.8	--
Northwest Territories	13.7	20.3	16.0	9.9	9.6	3.4	14.3
ALL AREAS	17.9	61.0	18.9	9.5	11.5	23.1	57.7

Source: Statistics Canada

TABLE 11

Sexually Transmitted Diseases

Figure 5: STD Rates Among 15-19 Year Olds,
Canada, 1964-1982



Source: Based on Statistics Canada Reports #82-201, 1964-1978 and Sexually Transmitted Disease Annual Reports 1978-1982 Health & Welfare Canada.

Sexual Behaviour of Canadian Young People

TABLE 12

NOTIFIABLE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE
AMONG 15-19 YEAR OLDS,
BY PROVINCE AND SEX, 1982.*

	No. of Cases		Rate per 100,000	
	Male	Female	Male	Female
Newfoundland	76	69	240	223
P.E.I.*	—	—	—	—
Nova Scotia	107	181	252	450
New Brunswick	7	23	19	67
Quebec	392	651	129	224
Ontario	1139	1981	283	517
Manitoba	463	696	977	1510
Saskatchewan	291	336	619	747
Alberta	864	1494	795	1458
British Columbia	488	871	409	765
Yukon	26	46	2167	460
Northwest Territories	245	237	9074	9480
Total	4098	6585	357	601

*Sexually Transmitted Disease in Canada, 1982, Annual Report, Health & Welfare Canada (unpublished).

Table 13

What are N. B. studies telling us about the situation in our Province?

School Study

A recent survey of student drug use among Junior & Senior High School Students in two schools in this province revealed the following.

1. The students reported alcohol, tobacco and marijuana as the drugs most often used.
2. Males and females reported similar rates of drug use.
3. Drug use varied by grade.
4. Percentage of sampled students reporting drug use in the past six months were:

Alcohol	56%
Tobacco	40%
Marijuana	34%
Stimulants	9%
Tranquilizers	6%
Barbiturates	6%
LSD	7%
PCP	5%
Glue	4%
Opiate Hallucinogens & Downers	3%

Source--Research Division, Alcoholism & Drug Dependency Commission of New Brunswick, 1981.

Table 14

TABLE 4.2 *Self-Image*

"Please indicate how accurately the following statements describe you."

	% Reporting "Very Well" or "Fairly Well"		
	Nationally	Males	Females
"I'm as nice looking as most people"	88	89	87
"I'm as well-liked as most people"	84	85	83
"I'm comfortable introducing myself to people I don't know"	60	58	62
"I find it easy to speak out in class"	59	63	55

Table 15

TABLE 3.2 *Leisure Activities by Gender:*

"How often do you . . . ?"

	% Reporting "Very Often"		
	Nationally	Males	Females
Listen to music	90	89	92
Watch television	57	61	53
Daydream about the future	51	43	59
Sit and think	44	35	54
Dance	44	32	56
Attend parties	40	40	39
Follow sports	43	58	29
Participate in non-team sports	40	44	37
Play team sports	39	50	29
Work out	37	40	35
Attend a sports event	27	32	22
Read the newspaper	37	41	34
Follow the news	35	41	29
Spend time on a hobby	34	36	34
Read magazines	32	29	36
Read books	29	19	39
Participate in a youth group	17	14	19
Go to a movie	17	15	19
Go to a video games arcade	13	20	7
Play video games in a home	12	17	7

Appendix I

Whatever the inner problems of obese people whose self-regulatory controls are not properly programmed and who feel hopeless and helpless in their struggle to keep their weight within proper bounds, they are compounded and reinforced by the hostile cultural attitude which regards even a mild degree of overweight as ugly and abnormal, and condemns it as a sign of greed and self-indulgence. It is my personal conviction that this hostile attack on weight as a shameful evil has contributed to overweight and obesity's becoming such serious health problems. Whatever the relationship between overweight and life expectancy may turn out to be, there is no doubt that the current campaign against it is damaging in its effect on mental health. It is an amazing paradox that our society, with its emphasis on flexibility and liberal ideas, attempts to superimpose one form of body build on those who are differently endowed or whose early experiences have left them without control over the eating function.

Those who suffer from anorexia nervosa represent the most dramatic illustration of the great inner hardship provoked by this cultural attitude. These people condemn themselves to the torture of self-starvation in the futile hope of "deserving respect" and not being despised for being "too fat." Their pitiful emaciation is living proof that losing weight in itself does not solve underlying problems, and that the moral pressure only aggravates inner problems and conflicts. The pressure to be thin seems to be still on the rise, and increasingly often parents condone excessive thinness and fail to ask for help until severe emaciation has developed.

On the whole, the medical profession has shared the condemning cultural attitude and has attacked the weight directly. Increasing knowledge about various underlying physiological and psychological mechanisms has encouraged a more tolerant and respectful approach to the problem. If the irreversible factors are recognized, then it becomes understandable why people with these tendencies will react to life stress with weight increase. In spite of the handicaps of obesity, the most damaging of which are culturally created, to react with overeating in the face of conflicts and difficulties is relatively harmless. It is less destructive personally and less of a social liability than many other abnormal reactions in the face of similar stress, such as hypertension, suicide, neurotic or psychotic breakdown, alcoholism, or, in recent years, amphetamine or other drug abuse. In the liberal approach to drug addiction the emphasis is on the underlying problems of the victim and the social ills that need to be corrected in contrast to the reproachful ridicule to which the obese may be exposed, though the life-long patterns that interfere with weight control are not immediately accessible to change either, except through careful therapeutic reeducation.

Appendix I (cont'd)

It may be too early to expect a change in taste that praises near emaciation as "beauty", but there is beginning to be greater awareness and respect for the rights of minorities. Even fat people may come into their own, so that at least there will be relief from the damage resulting from being despised and rejected. It is a type of social reform in which both the professional and the general public can play an active role. Prevention of obesity calls for social acceptance of human diversity and fostering freedom and initiative in the individual. It repudiates manufactured, stereotyped ways of life and demands instead respect for human individuality.

Concluding paragraphs from final
chapter: "Outcome and Outlook",
Eating Disorders, Obesity, Anorexia
Nervosa, and the Person Within,
Hilde Bruch, 1973, pp. 386-387.



**Advisory Council on the Status of Women
Conseil consultatif sur la condition de la femme**

**La santé des adolescentes
Principes et recommandations**

**(suivi d'un document de travail
sur la santé des adolescentes)**

**Préparé pour le
Conseil consultatif sur la condition de
la femme du Nouveau-Brunswick**

**Décembre 1985
Moncton**

Les adolescentes et leur santé

Principes et recommandations

Suite à une étude préliminaire d'un certain nombre de questions reliées à la santé des adolescentes, le Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick a identifié certaines préoccupations concernant les habitudes alimentaires (le statut nutritionnel, les désordres de l'alimentation), la santé de la reproduction, l'usage de drogues non-prescrites, l'activité physique et la santé mentale. En particulier, le Conseil est préoccupé par les effets nuisibles qu'ont les pressions culturelles sur les adolescentes par rapport à ces aspects de la santé. Le Conseil a élaboré certains principes et recommandations et propose leur adoption au ministère de la Santé et des Services communautaires, au ministère de l'Éducation et au ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine.

Les principes

Le Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick a adopté les principes suivants concernant les adolescentes et leur santé et il est d'avis que les ministères concernés devraient les adopter.

1. Principe proposé au ministère de l'Éducation, au ministère de la Santé et des Services communautaires, et au ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine.

Les besoins de l'adolescente sont les suivants:

- des images qui valorisent l'individualité plutôt que la conformité à un seul idéal de beauté féminine (p. ex. des images qui valorisent une variété de formes et de tailles).

2. Principes proposés au ministère de l'Education et au ministère de la Santé et des Services communautaires

Les besoins de l'adolescente sont les suivants:

- la possibilité de discuter des anxiétés relatives au poids ou au contrôle du poids;
- des informations exactes concernant les régimes alimentaires et les recettes d'amaigrissement;
- la possibilité de discuter des anxiétés reliées aux pressions exercées par la famille, l'école et les pairs (y compris les pressions culturelles quant au rôle d'une jeune femme et au rôle futur d'une femme adulte) ainsi que la possibilité d'examiner les options pour venir à bout des pressions qui vont à l'encontre de son sens d'identité;
- la possibilité de discuter des anxiétés relatives aux relations;
- des informations exactes concernant la santé de la reproduction et les méthodes contraceptives.

3. Principes proposés au ministère de l'Education et au ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine

Les besoins de l'adolescente sont les suivants:

- des modèles féminins dans des rôles de leadership;
- toutes sortes d'occasions favorables au développement du leadership;
- des modèles féminins dans les divers programmes sportifs et d'activité physique.

4. Principes proposés au ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine

Les besoins de l'adolescente sont les suivants:

- des installations accessibles, bien équipées et à un prix abordable, donnant lieu à toute une gamme d'activités physiques (en vue de compétitions ou de simple récréation);
- des programmes communautaires qui offrent une variété d'activités physiques récréatives et qui prévoient divers niveaux de compétition et divers degrés de compétence;
- des programmes communautaires qui encouragent et qui offrent autant d'heures d'activité physique aux adolescentes qu'aux adolescents (de même qu'aux femmes adultes et aux hommes adultes).

Recommandation

Le Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick fait les recommandations suivantes.

Recommandations proposées au ministère de la Santé et des Services communautaires et au ministère de l'Education:

- 1) a) que les ministères fassent un sondage d'attitudes auprès des adolescentes et des adolescents concernant leurs habitudes alimentaires et le contrôle de leur poids afin de déterminer dans quelle mesure les deux sexes sont influencés par les pressions culturelles qui encouragent des recettes d'amaigrissement nuisibles et un idéal de

minceur extrême. Ce sondage devrait comprendre des questions telles, le désir de perdre du poids, les vomissements provoqués et les exercices excessifs et compulsifs.

Le C.C.C.F. du N.-B. est prêt à participer au développement d'un tel sondage (comme par exemple, des suggestions quant au matériel ou à un sondage-type, l'identification de problèmes à étudier, etc.) et, une fois les résultats obtenus, à faire des suggestions dans l'élaboration de politiques et/ou de programmes.

- b) que les ministères, en tenant compte du fait qu'une diète extrême et la sous-alimentation ont des effets nuisibles sur la performance scolaire, et par conséquent, sur l'estime de soi, développent des mesures visant à informer les enseignants et les étudiants de ces effets;
 - c) que les ministères encouragent une distribution encore plus large du matériel relatif aux désordres de l'alimentation aussi bien dans les écoles qu'au sein des organismes associés à la jeunesse et si nécessaire, qu'ils développent d'autre matériel;
 - d) que les ministères développent du matériel éducatif qui présente des images suggérant que plusieurs types de corps sont socialement acceptables et qui encourage la définition et l'acceptation du vrai moi;
- 2) que les ministères organisent un réseau de spécialistes de la santé et qu'ils en affectent un/une par 500 étudiant-e-s. Les services offerts devraient comprendre:

- les renvois
- le counselling individuel
- les groupes de discussion
- des campagnes de promotion de la nutrition en se servant du matériel préparé par les diétiticiennes

- une de leurs tâches spécifiques serait de traiter des pressions sociales qui ont des effets nuisibles sur la santé des adolescentes (p. ex. la sous-alimentation, l'idéalisation de la minceur, l'usage du tabac comme moyen de contrôler le poids, les dangers de l'usage du tabac en même temps que l'usage de contraceptifs oraux, l'usage de tranquillisants comme moyen d'envisager des problèmes).

Recommandations au ministère de la Santé et des Services
communautaires

- 1) a) que le ministère recueille des données sur la fréquence des désordres de l'alimentation (l'anorexie mentale, la boulimie, l'obésité) au sein de la population du Nouveau-Brunswick et ce, par groupe d'âge, par sexe et par région. Il est important de connaître l'étendue de ces problèmes et dans quelle mesure ils sont signalés ainsi que de déterminer si l'anorexie mentale et la boulimie ne sont pas diagnostiquées ou si elles sont l'objet d'erreurs de diagnostic;

- b) que le ministère partage ces données avec le C.C.C.F. du N.-B. de sorte que ce dernier puisse offrir des suggestions quant à l'élaboration de politiques et de programmes.

- 2) a) que le ministère, en collaboration avec la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance, étudie plus à fond l'usage de tranquillisants non-prescrits chez les adolescentes, y compris:
- le lien entre l'usage de tranquillisants et les tentatives de suicide chez les adolescentes;
 - le lien entre l'usage de tranquillisants chez les adolescentes et l'abus de drogues psychoactives (drogues qui agissent sur le cerveau et qui modifient le comportement) chez les femmes adultes;
 - comment les adolescentes se procurent ces tranquillisants (s'agit-il de médicaments prescrits à leur mère, à leurs amies, à elles-mêmes?);
 - leur degré de dépendance de ces drogues;
 - les raisons qui incitent les adolescentes à faire usage de ces drogues (les adolescentes et les adolescents ont-ils des raisons différentes pour faire usage de tranquillisants ou réagissent-ils à des pressions différentes?);
- b) que le ministère partage les résultats de son étude avec le C.C.C.F. du N.-B., de sorte que celui-ci puisse offrir certaines suggestions dans l'élaboration de politiques et programmes.
- 3) a) que le ministère recueille des statistiques sur les tranquillisants prescrits aux adolescentes (y compris le nombre d'adolescentes qui reçoivent de telles ordonnances, leur âge, la fréquence des ordonnances par patiente et les raisons de ces ordonnances) afin de déterminer si les adolescentes et les jeunes femmes reçoivent ces ordonnances en nombres disproportionnés lorsque comparés aux adolescents et aux jeunes hommes et

afin de déterminer s'il y a lieu de mettre en place des politiques et programmes (p. ex. des campagnes d'information);

- b) que le ministère fasse part de ces statistiques au C.C.C.F. du N.-B., de sorte que celui-ci puisse offrir des suggestions dans l'élaboration de politiques et de programmes.
- 4) a) que le ministère fasse une étude plus poussée des nombres relatifs d'adolescentes et d'adolescents du Nouveau-Brunswick qui sont soignés pour des raisons de dépression et que cette étude comprenne les points suivants:
 - i) - les nombres de cas de dépression, selon les statistiques des hôpitaux, sont-ils considérablement plus élevés chez les adolescentes que chez les adolescents et le nombre d'adolescentes traitées dans d'autres institutions de la province, dans les cliniques et par les médecins est-il plus élevé que le nombre d'adolescents?
 - ii) - si la disproportion est considérable, pourquoi en est-il ainsi?
 - les filles sont-elles plus susceptibles de chercher de l'aide
 - ou
 - les pressions sociales (rôle traditionnel v objectifs personnels) sont-elles des facteurs qui provoquent la dépression chez-elles?
 - ou est-ce que les deux hypothèses sont des facteurs ou il y a-t-il d'autres facteurs?

- iii) - quels sont les types et les degrés de dépression les plus communs chez les adolescentes?
- iv) - existe-t-il des différences dans les attitudes et les méthodes de traitement des spécialistes de la santé selon que la personne déprimée est une fille ou un garçon?
- b) que le ministère partage les résultats de son étude avec le C.C.C.F. du N.-B. de sorte que celui-ci puisse faire des suggestions dans l'élaboration de politiques et de programmes.
- 5) que le ministère étudie la possibilité d'étendre les services de ses centres d'orthogénie dans les petites villes et les régions rurales de la province.
- 6) a)- que le ministère recueille des données concernant les tentatives de suicide chez les adolescentes afin de déterminer si des politiques et des programmes sont requis;
 - que l'étude porte sur les questions suivantes:
 - i) - les tentatives de suicide sont-elles plus nombreuses chez les adolescentes que chez les adolescents au Nouveau-Brunswick?
 - ii) - les pressions sociales sont-elles un facteur déterminant dans leur décision de se suicider?
(Ex: l'adolescente qui décide de se suicider a-t-elle de la difficulté à concilier ses objectifs personnels et le rôle traditionnel qu'elle sent que la société veut qu'elle assume?)

- b) que le ministère partage les résultats de son étude avec le C.C.C.F. du N.-B. de sorte que celui-ci puisse faire des suggestions dans l'élaboration de politiques et de programmes.

Recommandations au ministère de la Santé et des Services communautaires et au ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine

- que les ministères examinent la possibilité d'une plus grande fréquence de désordres de l'alimentation chez certains groupes, entre autres les danseuses, les mannequins, les gymnastes et autres athlètes féminins et qu'ils étudient la nécessité d'informer les médecins, les professeurs d'éducation physique et les entraîneurs concernant:
 - i) les signes et les symptômes caractéristiques des désordres de l'alimentation
 - ii) les moyens d'action appropriés auprès d'une victime d'un désordre de l'alimentation.

Recommandations au ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine

- que le ministère élabore des politiques pour la mise en place et le financement d'installations d'activité physique communautaires qui comprennent:

- i) un partage équitable d'heures réservées à l'activité physique de compétition et de récréation;
- ii) un partage équitable d'heures réservées à l'activité physique féminine et masculine;
- iii) que les périodes de temps réservées aux groupe-cibles correspondent aux heures normales de loisir de ces groupes;
- iv) que les frais d'admission ou d'inscription à ces activités soient minimes (c'est-à-dire, qui permettent une participation régulière).

et qui stipulent:

- que dans les cas, où il ne semble pas exister une demande suffisante pour justifier l'organisation d'activités physiques (de compétition et de récréation) à l'intention des femmes d'une communauté donnée, le ministère offre d'aider la communauté à développer et à promouvoir des programmes d'activité physique pour les femmes, en tenant compte des besoins, des intérêts, des périodes de temps libre et des revenus des femmes de la communauté. Il y aurait peut-être lieu aussi d'organiser une campagne d'information et de promotion des options en matière d'activité physique pour les femmes.

A tous les ministères concernés

Le C.C.C.F. du N.-B. est prêt à offrir:

- une coopération avec les comités existants ou éventuels qui traitent de questions relatives à la santé des adolescentes ou des femmes adultes.
- un support dans la recherche d'une question de santé qui a rapport aux adolescentes ou aux femmes adultes; ce support pourrait prendre la forme de:
 - suggestions quant aux questions à soulever ou aux aspects spécifiques à étudier;
 - suggestions quant à l'interprétation des données recueillies;
 - suggestions quant à l'élaboration de politiques ou programmes.



**Advisory Council on the Status of Women
Conseil consultatif sur la condition de la femme**

**Document de travail
sur la santé des adolescentes**

**Préparé pour le
Conseil consultatif sur la
condition de la femme
du Nouveau-Brunswick**

Septembre 1985

Remerciements:

Recherche et compilation: Elspeth Tulloch

Traitement de texte: Irène Girouard

Traduction: Noëlla Richard

Le Conseil consultatif sur la condition de la femme est un organisme d'étude et de consultation qui a été créé dans le but de conseiller le gouvernement du N.-B. sur les questions relatives à la condition de la femme. Il relève directement du Premier ministre du Nouveau-Brunswick.

This paper is available in english.

Conseil consultatif sur la condition de la femme

880, rue Main, pièce 210

Moncton, N.-B.

ELC 1G4

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux	p. ii
Aperçu de la situation	p. 1
L'état nutritionnel	p. 4
Les régimes alimentaires	p. 7
Les désordres de l'alimentation	p. 10
l'obésité	p. 10
l'anorexie mentale	p. 14
la boulimie	p. 18
Les grossesses adolescentes	p. 20
L'avortement et les adolescentes	p. 23
L'usage de drogues non-prescrites	p. 25
L'activité physique	p. 28
La santé mentale	p. 30
(la confiance en soi, l'estime de soi, la dépression et le suicide)	
Conclusion: les questions soulevées	p. 34
Références	p. 36
Tableaux	p. 42
Appendice	p. 55

Tableau 1	Panorama of Mortality by Cause School Age Children and Adolescents, N. B. 1980-1984	p. 42
Tableau 2	Selected Primary Diagnosis Aged 12-18, N. B. Hospitals, 1979-1984 (depression, anorexia nervosa, bulimia)	p. 43
Tableau 3	Mental Disorders, Ages 12-15, 16-18	p. 44
Tableau 4	Ten Most Frequent Primary Diagnosis Groups For Adolescents, N. B. Hospitals 1983-1984	p. 45
Tableau 5	Cause of Death, Suicide by Age Group and Sex, N. B. 1980-1984	p. 46
Tableau 6	Number of Teenage Births in N. B. 1955-1984	p. 47
Tableau 7	Live Births by Age of Mother (12-19 years) N. B. 1980-1984	p. 48
Tableau 8	Live Birth Rates by Age of Mother (12-19 years) N. B. 1980-1984	p. 49
Tableau 9	Therapeutic Abortions in N. B. by Age, 1975-1983	p. 50
Tableau 10	Therapeutic Abortion Rates per 100 Live Births by Age Groups, 1981	p. 51
Tableau 11	STD Rates Among 15-19 Year Olds Canada 1964-1982	p. 52

Aperçu de la situation

Vous trouverez dans ce document de travail des données sur les adolescentes et sur des questions de santé: l'état nutritionnel, les désordres de l'alimentation (l'obésité, l'anorexie mentale et la boulimie), la grossesse et l'adolescence, l'avortement et l'adolescence, l'usage de drogues non-prescrites, l'activité physique et l'hygiène mentale (l'estime de soi, la dépression et le suicide). Chaque question est accompagnée d'un bref aperçu des services d'hygiène offerts aux adolescent-e-s.

Les questions à retenir

Comment les pressions sociales influencent-elles l'état de santé des adolescentes par rapport aux adolescents?

Les ministères concernés se sont-ils préoccupés des pressions culturelles qui ont des effets négatifs sur la santé des adolescentes?

Les points saillants

Un sujet qui revient tout au long de ce document est la préoccupation quasi universelle des adolescentes pour les régimes d'amaigrissement. Puisque les adolescents ont généralement tendance à se soucier de leur apparence, de leur poids, de leur taille et de leur physionomie, les adolescentes, étant tout aussi préoccupées que les garçons, sont d'autant plus vulnérables à cet idéal de beauté féminine qui insiste sans répit sur la minceur. Tous les problèmes relatifs à l'alimentation, à partir d'insuffisances nutritionnelles jusqu'aux sérieux désordres de l'alimentation, y compris l'anorexie mentale et la boulimie, sont beaucoup plus fréquents chez les sujets féminins que chez leurs

Les points saillants

homologues masculins. En réalité, les désordres de l'alimentation sont des désordres féminins. Les chercheurs ont aussi suggéré la probabilité d'un lien entre l'usage répandu du tabac et le contrôle du poids chez les adolescentes. De plus, l'adolescente enceinte et le fœtus qu'elle porte sont plus susceptibles que d'autres d'encourir des insuffisances nutritionnelles et des problèmes de santé en général.

Etant donné une alimentation améliorée entre 1959 et 1979, le poids moyen des femmes a augmenté de .3 livre par an, alors que le poids du modèle de beauté féminine a diminué dans la même proportion. Le poids de la "Miss America", par exemple, a diminué en moyenne de .37 livre par an. Au cours des dix dernières années, il y a eu une augmentation considérable du nombre d'articles sur les recettes d'amaigrissement publiés dans les revues féminines à grand tirage.¹ Cette tendance de la société à amincir la femme idéale, en même temps que les femmes acquièrent une meilleure santé et prennent du poids, "pourrait avoir l'effet d'exercer des pressions intenses sur les femmes [et les filles] de sorte qu'elles suivent des régimes d'amaigrissement en dépit des conséquences négatives sur leur santé physique et émotionnelle".

Comme les autres chercheurs dans le domaine, la chercheuse féministe Marlene Boskind-Lodahl fait remarquer que les boulimarexiques (personnes atteintes d'anorexie mentale et de boulimie) manifestent un besoin intense de réussite et sont perfectionnistes. Boskind-Lodahl ajoute que ces personnes dépendent énormément des autres, surtout des hommes, pour la valorisation de leur personne et leurs fringale-purges sont souvent associées au sentiment d'avoir été repoussées par un homme.³ La socialisation, qui encourage la femme à être dépendante de l'homme, pourrait nuire au développement du moi:

La dépendance sociale, en tant qu'habitude, a certaines conséquences... Premièrement, en dépendant des autres pour des récompenses, l'individu devient très flexible et adaptable, prêt à modifier son comportement (ou elle-même) en réponse à des paroles ou des menaces. En deuxième lieu, sa source de récompense est limitée aux autres, y compris l'estime de soi, pour deux raisons: (1) la nécessité d'être conciliante et de bien réagir est en contradiction avec le développement du moi, un moi qui pourrait s'opposer aux exigences des autres et (2) tout signe indiquant le développement du moi comme source de valorisation ou toute nouvelle orientation sont punis par les autres. Ce comportement conciliant et cette dépendance exclusive de l'acceptation sociale rendent la femme beaucoup trop vulnérable au rejet (lire échec).⁴

Or, la question des pressions culturelles de minceur chez les femmes et de ses effets nuisibles, peut être subdivisée en deux sous-thèmes:

- les normes malsaines et prédominantes de la beauté féminine, telles que véhiculées par la société au moyen des médias, des concours de beauté, de la publicité, etc.
- la socialisation qui encourage la femme à dépendre de l'approbation de l'homme pour se sentir belle et en fin de compte, pour sa propre identité.

Comme les données préliminaires du présent document l'indiquent, les adolescentes sont plus nombreuses que les adolescents à souffrir de problèmes reliés à la confiance en soi, à l'estime de soi et à la dépression et ce, pour de plus longues périodes de temps.

Quoique les ministères gouvernementaux concernés aient développé des programmes et politiques pour répondre à certaines préoccupations relatives à la santé des adolescent-e-s (ex: la sexualité des adolescent-e-s et la grossesse chez les adolescentes), la plupart de ces programmes n'ont été mis en oeuvre que dans les centres urbains du Nouveau-Brunswick. Pour ce qui est des régimes alimentaires et des désordres de l'alimentation, très peu de services sont offerts et dans certains cas, ils sont inexistants.

L'état nutritionnel

Le poids n'est pas le seul critère de mesure ou d'identification des désordres de l'alimentation et des habitudes alimentaires chaotiques. On doit aussi tenir compte de l'état nutritionnel. Une étude effectuée à Toronto a identifié des distinctions de sexe dans les perceptions et dans l'alimentation. L'étude conclut que:

les adolescentes sont plus susceptibles de souffrir de sous-alimentation que les adolescents. Etant donné leur forte volonté d'être minces (même lorsque leur poids est normal), bon nombre d'adolescentes réduisent leurs rations alimentaires, ce qui entraîne des insuffisances d'énergie et de nutriments; poussé à l'extrême, cela peut mener à des désordres, telle l'anorexie mentale. En dépit de fortes croyances en matière de santé, les préférences générales pour des aliments sucrés/salés étaient les plus répandues; quant aux taux d'acceptabilité de ces aliments, les distinctions de sexe étaient négligeables. Or, quand les adolescentes succombent à leur préférences pour des aliments à faible teneur en éléments nutritifs, même si elles le font moins que leurs homologues masculins, les effets peuvent être plus nuisibles en raison du fait qu'elles consomment généralement moins d'aliments. Cette situation serait particulièrement accentuée chez les jeunes filles qui suivent des régimes d'amaigrissement.⁵

Une autre inquiétude est le nombre d'adolescentes qui s'adonnent à toutes sortes de régimes amaigrissants. Les diétiticiennes de la Division de la santé publique du N.-B. font remarquer la popularité croissante des régimes végétariens et ce en l'absence de connaissances nutritionnelles. L'usage inutile ou l'abus de pilules d'amaigrissement, de suppléments de vitamines et de repas hâtifs ainsi que des mauvaises habitudes alimentaires, tels le jeûne, la collation (consommation de sucre) et l'omission des repas sont toutes des préoccupations d'ordre nutritionnel. L'anémie en raison d'insuffisances de fer est un problème commun chez les adolescentes alors que les insuffisances de calcium, de vitamine A et d'acide ascorbique sont communes aux adolescents et aux adolescentes. Une étude ontarienne, effectuée en 1981, démontre que l'apport moyen énergétique est également un problème chez les adolescentes.⁶ Les études attestent qu'un bilan alimentaire de moins de 2000 calories par jour rend difficile le maintien d'un apport moyen en fer adéquat.⁷ Des régimes alimentaires insuffisants ou à faible teneur en éléments nutritifs peuvent influencer la performance d'une personne. Ils peuvent aussi la rendre vulnérable à la maladie. Si les adolescentes maintiennent de telles habitudes dans la vie adulte, celles-ci seront transmises à leurs familles.

Les besoins nutritionnels de l'adolescente enceinte sont aussi une préoccupation; ses besoins nutritionnels sont plus grands que ceux d'une femme adulte enceinte, parce qu'en plus de fournir les éléments nutritifs nécessaires à sa propre croissance, l'adolescente doit aussi subvenir aux besoins du fœtus. Une jeune femme qui tombe enceinte lorsque ses réserves nutritives sont faibles est dans une bien piètre situation pour entreprendre une grossesse.

Les services gouvernementaux

Le ministère de la Santé fournit des services de nutrition par le biais de ses sept diétiticiennes de la Division de la santé publique (6 dans les régions et une coordonnatrice à Fredericton). De plus, la province compte 148 diétiticiennes qui travaillent plus directement avec leur clientèle. Sept économistes ménagères sont au service de la clientèle de la Division des services sociaux communautaires et travaillent surtout avec les adolescentes qui participent au programme des Services aux parents adolescents et à leurs enfants. Elles aident à promouvoir l'importance et la nécessité d'une bonne nutrition et de bonnes habitudes alimentaires tout au long de la vie.

Les rapports qu'ont les diétiticiennes de la santé publique avec la population sont établis par le biais des infirmières de la santé publique. Les diétiticiennes développent et distribuent des ressources sur la nutrition et elles ont déjà développé du matériel à l'intention des adolescent-e-s. Toutefois, les adolescent-e-s ne constituent pas un groupe-cible. Les diétiticiennes ont peu de ressources et elles préfèrent les distribuer aux groupes les plus réceptifs. Les adolescent-e-s sont traditionnellement peu motivé-e-s à modifier leurs habitudes alimentaires. Les enfants de l'école primaire et ceux d'âge préscolaire ainsi que les femmes enceintes ou celles qui prévoient une grossesse sont considérés les groupes les plus intéressés aux connaissances en nutrition. Il est probable que les enfants d'âge préscolaire apprennent des habitudes de vie, alors que les femmes enceintes transmettront leurs connaissances à leurs enfants.

Au mois de mars, le Mois de la nutrition, les diétiticiennes organisent une campagne de promotion de la nutrition. Elles suggèrent le développement d'une politique provinciale sur la nutrition dans les écoles. Certaines écoles, afin de financer des activités para-scolaires, tels les sports, organisent des ventes d'aliments pauvres en nutriments, ce qui constitue selon les diétiticiennes une contradiction en soi. Il serait intéressant de chercher à savoir si ces activités para-scolaires sont surtout des sports masculins et si, sur le plan nutritif, les filles, en raison de leurs faibles rations alimentaires, souffrent proportionnellement plus que les garçons en consommant ces aliments. Les diétiticiennes disent qu'un meilleur support de la part des surintendants et des directeurs d'école aiderait à promouvoir la nutrition chez les élèves.

Les directions anglophone et francophone du ministère de l'Education ont de bons programmes alimentaires de la 1ère à la 9e année. La réforme gouvernementale a recommandé que l'éducation de la santé fasse partie du programme du secondaire 2e cycle. Le ministère de l'Education encourage la participation des professionnel-le-s de la santé dans les cours sur la santé mais la discrétion de faire les démarches appartient aux écoles.

Les régimes alimentaires

Le très grand nombre d'adolescentes qui suivent des régimes d'amaigrissement est inquiétant.

- Selon une étude américaine, 61% des adolescentes avaient déjà suivi un régime d'amaigrissement et 37% des répondantes suivaient un régime au moment de l'étude.⁸

- Une autre étude, effectuée aux Etats-Unis, démontrait que 70% des jeunes filles du secondaire deuxième cycle n'aimaient pas leur corps et voulaient perdre du poids.⁹ Une étude suédoise a démontré une préoccupation semblable par rapport à l'embonpoint chez les adolescentes.¹⁰

- Une étude effectuée auprès d'étudiantes du niveau collégial, en 1977, démontrait qu'alors que 38% des répondantes étaient en dessous de leur poids normal, seulement 5% d'entre elles percevaient leur poids comme étant en-dessous de la moyenne.¹¹ Une étude américaine, ayant un échantillon semblable, démontrait que tandis que 12% des répondantes pesaient trop, 40% d'entre elles pensaient être trop grasses.¹²

- Selon l'Enquête condition physique Canada, 53% des filles âgées de 10-19 ans comparativement à 34% des garçons du même âge considèrent le contrôle du poids comme une raison très importante pour faire de l'exercice physique. La même étude démontre que 60% des filles et 39% des garçons considèrent qu'il est très important pour elles/eux personnellement de maintenir un poids normal afin de se sentir bien.¹³

La préoccupation qu'ont les adolescentes par rapport à leur poids n'est qu'un reflet de l'obsession qu'ont les femmes adultes par rapport au poids:

- Selon une étude américaine effectuée en 1983, 75% des femmes pensaient être trop grosses, alors qu'en réalité, seulement 25% d'entre elles dépassaient un poids normal.¹⁴

Des régimes alimentaires inadéquats et la sous-alimentation peuvent être très nuisibles à la santé d'un individu et plus particulièrement à la santé d'une adolescente pour qui une bonne nutrition est nécessaire à la croissance et à la capacité de participer aux nombreuses activités auxquelles elle s'intéresse:

Les conséquences physiques et émotionnelles d'une diète extrême sont considérables. Parmi les symptômes associés aux restrictions alimentaires extrêmes et prolongées, on compte l'irritabilité, un manque de concentration, l'anxiété, la dépression, l'apathie, les sautes d'humeur, la fatigue et l'isolement social (Keys, Brozek, Henschel, Mickelson & Taylor, 1950). Selon Bruch (1973), plusieurs de ces symptômes se manifestent, à un moindre degré, chez les femmes qui se sous-alimentent en vue de maintenir leur poids en dessous de ce qui est biologiquement convenable. Les régimes amaigrissants ou les restrictions alimentaires ont été rattachés à des réactions intensifiées (ou une vulnérabilité) par rapport à des signes extérieurs de nourriture, ce qui suggère que des restrictions alimentaires pourraient modifier la position de l'organisme vis-à-vis la nourriture, rendant ainsi le maintien d'un régime encore plus difficile (Herman & Polivy, 1975). Le poids du corps humain (ou les lipides de l'organisme), lorsqu'en dessous d'un niveau particulier, est associé à l'arrêt de menstruations normales (Frisch & MacArthur, 1974; Garner & Garfinkel, sous presse; Vincent, 1979). Il y a une certaine ironie dans le fait que les symboles contemporains de "l'attrait sexuel" gravitent autour d'un poids qui est biologiquement contraire aux activités normales de reproduction. Enfin, il a été démontré que les sérieux désordres de l'alimentation, telle l'anorexie mentale, sont plus fréquents dans certains milieux professionnels où les restrictions alimentaires et les exigences de minceur sont endémiques.¹⁵

Les services gouvernementaux

Les diétiticiennes de la Division de la santé publique du ministère de la Santé développent et distribuent de l'information sur les régimes alimentaires. Toutefois, leurs ressources sont limitées, surtout dans les plus petites régions où certaines d'entre elles offrent un service de counselling individuel sur la question de régimes alimentaires, y compris aux adolescentes. D'autres s'occupent aussi de régimes alimentaires pour les

personnes souffrant d'obésité grave. Le matériel développé par Santé et Bien-être Canada, par des compagnies comme Kellogg, par des associations telles la Société canadienne du Cancer et la Fondation du coeur ainsi que par les offices de commercialisation de certains produits alimentaires est aussi utile aux professionnelles de la nutrition.

Les programmes scolaires sur la santé établis par le ministère de l'Education mettent l'accent sur les attitudes positives et raisonnables vis-à-vis l'alimentation, mais nous ne savons pas quelle attention le ministère accorde aux pressions sociales qu'envisagent les adolescentes quand à leur poids et les risques associés aux régimes alimentaires insuffisants.

Les désordres de l'alimentation

L'obésité

L'obésité, qui est relié aux mauvaises habitudes alimentaires et au manque d'exercice, est le désordre le plus commun des jeunes femmes et des adolescentes. Selon la définition que l'on adopte, l'obésité pourrait toucher de 5% à 20% des enfants et des adolescent-e-s, et de 20% à 30% des adultes. Certaines études indiquent que 50% des Canadien-ne-s ont un excédent de poids, alors que le sondage de Nutrition Canada, effectué en 1973, fixait à 80% la proportion d'adultes canadiens menacés d'embonpoint. L'obésité est plus commune chez les femmes et 10% des adolescentes en souffrent. Cela veut dire qu'au N.-B., 2,875 étudiantes adolescentes auraient été considérées obèses en 1984-85. Les données pronostiques indiquent que 80% des enfants et des adolescent-e-s obèses deviennent des adultes obèses et ce en dépit de traitement.¹⁶

Pourquoi s'inquiéter plus particulièrement de l'adolescente obèse?

En plus de représenter des risques à la santé à long terme, un excédent de poids peut aussi avoir des effets sur les rapports sociaux, la performance scolaire et l'adaptation émotionnelle de l'adolescente. Une étude a démontré que les filles obèses, lorsque comparées aux filles de poids moyen, possèdent des caractéristiques telles que la passivité, le repli sur soi, une préoccupation pour le statut, l'acceptation des valeurs dominantes ainsi qu'un désir de liens étroits au sein de leurs groupes d'ami-e-s. Une autre étude a démontré que du nombre de troubles de comportement auxquels les adolescent-e-s ayant un excédent de poids sont assujettis, deux sont liés exclusivement à l'obésité: la suralimentation et des perceptions dénaturées du corps qui se caractérisent par un sentiment que le corps est grotesque ou qu'il devrait être méprisé.¹⁷

Les données empiriques suggèrent que l'obésité est, du moins en partie, reliée à un type de comportement familial. Les habitudes alimentaires régionales pourraient aussi avoir une influence. Les hygiénistes de la Division de la santé publique de la région de Chatham-Newcastle ont rapporté un problème d'obésité dans des petites communautés rurales comme à Sunny Corner; il est possible que l'obésité soit un problème plus commun dans certaines régions rurales.

Les tentatives de traitement de l'obésité chez les adolescentes du Nouveau-Brunswick

Dans la région de Moncton, les infirmières de la Santé publique, avec l'aide de la diététicienne locale de la santé publique, ont mis sur pied des cliniques d'obésité dans les écoles. Après avoir essayé différentes méthodes, elles ont conclu que les adolescent-e-s s'adaptent mal au traitement en groupe. Presque tous les participants étaient des filles, ce qui est certainement dû au fait qu'elles sont, en raison des pressions sociales, plus conscientes de leur apparence que les garçons. Les candidats

masculins semblaient indifférents à partir du début. Il était prévu qu'après un cours d'introduction sur la nutrition donné par l'infirmière de la santé publique, les cliniques seraient dirigées par les adolescent-e-s en groupe. Aucun régime particulier n'était prescrit, le but des cliniques étant de créer des groupes de support plutôt que des sessions d'amaigrissement.

Pas une seule clinique a été considérée comme une réussite et ce en dépit des faits qu'une variété de techniques aient été mises en oeuvre et que différentes infirmières, ayant des personnalités et des approches différentes, aient animé les différents groupes. Le nombre de décrocheurs était élevé et souvent, il restait peu de participants à la fin du programme.

Un phénomène semblable s'est produit à Saint-Jean plutôt cette année (janvier-mars 1985) où le YWCA avait obtenu une subvention pour un projet visant à traiter l'obésité chez les adolescentes. Une condition au financement du projet était qu'au moins 10 adolescentes y participent. De toute la population de la ville de Saint-Jean, seulement 8 adolescentes se sont présentées.

Dans leurs commentaires concernant les tentatives de traiter l'obésité des adolescent-e-s en groupe, les diétiticiennes de la santé publique ont soulevé plusieurs problèmes:

- les adolescents et plus particulièrement les adolescentes (elles ont peu de données empiriques propres aux garçons) n'aiment pas se sentir étiquetées. L'idée de participer à une clinique d'obésité ou de faire partie d'un groupe de support visant l'amaigrissement n'améliore pas la mauvaise estime de soi qu'ont les adolescent-e-s obèses;

- il n'est pas facile de former des groupes de support pour les adolescent-e-s obèses à l'extérieur de l'environnement scolaire, étant donné les problèmes de transport et les autres activités para-scolaires auxquelles les adolescent-e-s participent, surtout lorsque ces activités ont l'effet de remonter le moral;
- il est également difficile de former des groupes de support en milieu scolaire parce que les adolescent-e-s ne veulent pas que leur participation à des sessions sur l'obésité soit connue des autres;
- les adolescent-e-s ne sont pas très motivé-e-s dans un milieu structuré.

Les diétiticiennes de la santé publique ont découvert que les interventions les plus efficaces auprès des adolescent-e-s obèses sont les renvois individuels (aux diétiticiennes, par exemple) ou le counselling individuel offert par les hygiénistes. Dans un cas grave, les enseignant-e-s peuvent mettre en rapport un adolescent obèse avec une infirmière de la santé publique qui peut à son tour le mettre en rapport avec un autre professionnel de la santé (y compris les hygiénistes de la santé publique, les diétiticiennes, les médecins).

Anders Häger, qui est un spécialiste du domaine, a élaboré un programme de traitement de l'adolescent obèse:

Un patient bien-motivé est une condition préalable, l'autorité parentale étant souvent sans résultat. Le traitement de l'obésité consiste des éléments suivants: un régime alimentaire, des exercices physiques plus fréquents et un support psychologique; une thérapie de groupe ou individuelle et la modification du comportement. Les médicaments anorexigènes ne doivent pas être prescrits.¹⁸

Il suggère toute une liste d'actions qui comprend des objectifs pour les adolescent-e-s, les parents, le foyer, la communauté, les écoles, le milieu de travail, les médias, le secteur privé, le gouvernement et le système de la santé. Les hygiénistes de la Division de la santé publique du N.-B. recommandent aussi une approche multi-disciplinaire, y compris le counselling familial, la modification des comportements, le changement des conditions de vie, l'exercice et un régime alimentaire adéquat.

Il semblerait toutefois qu'il faut distinguer entre deux formes d'obésité: l'une, qui en termes médicaux, est acceptable, l'autre pas. Hilde Bruch, psychiatre bien connu qui est depuis longtemps expert du traitement des désordres de l'alimentation, y compris l'obésité, affirme avec éloquence la nécessité pour la société d'accepter les grosses personnes comme telles. Leur ennemi premier n'est pas leur poids, mais bien les attitudes sociales négatives vis-à-vis leur condition. Bruch affirme que si la société était moins portée à juger et à rejeter les grosses personnes et plus particulièrement les grosses femmes, permettant ainsi à ces personnes de régler leurs problèmes dans un environnement moins tendu, il y aurait effectivement moins de cas de désordres de l'alimentation, accompagnés comme ils sont de changements de poids et d'humeur, ainsi que moins de cas d'obésité grave (voir appendice I).

L'anorexie mentale

"L'anorexie mentale est un désordre grave caractérisé par un comportement qui vise l'amaigrissement, un comportement inhabituel dans la façon de manier la nourriture, une crainte profonde de gagner du poids, la perte de poids, une perception déaturée du corps et l'aménorrhée".¹⁹ La restriction alimentaire obsessionnelle mène à une perte de poids d'au moins 25% du poids normal, ce que l'anorexique recherche et trouve normal.

Les groupes sociaux où ce désordre se manifeste le plus souvent ont habituellement une bien meilleure santé que la moyenne de la population, ce qui est inquiétant. Ce désordre touche plus souvent les classes sociales économiques supérieures, où la nourriture est abondante et où les exigences de performance auxquelles les adolescent-e-s doivent répondre peuvent être très grandes; cependant, la maladie commence à se propager dans les classes socio-économiques inférieures où elle n'était pas considérée une menace par le passé, ce qui suggère que les pressions culturelles universelles sont plus influentes que les pressions socio-économiques.²⁰ Les victimes sont souvent atteintes entre l'âge de 14 et 18 ans et pour la plupart, elles ont déjà développé la maladie à l'âge de 25 ans, bien que la maladie n'est pas rare chez les personnes plus âgées.

Nombre d'études ont été faites afin de déterminer la fréquence de ce problème chez les jeunes femmes:

- Une étude suédoise, effectuée en 1971, calculait qu'une adolescente sur 150 est atteinte d'anorexie mentale grave.²¹
- Une étude anglaise, effectuée en 1972-74, démontrait qu'une écolière sur 200 était atteinte d'anorexie mentale grave alors que pour celles âgées de 16 ans et plus, le rapport était de une sur 100.²² De plus, l'étude faisait état d'une proportion beaucoup plus élevée de jeunes femmes qui manifestent des symptômes atténués de la maladie. Un tel rapport suggère que pendant l'année scolaire 1984-85, jusqu'à 114 écolières de 16 et plus, au Nouveau-Brunswick, auraient souffert d'anorexie mentale grave.

- Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de 1980, qu'utilise le American Psychiatric Association, une adolescente sur 250, dont l'âge se situe entre 12 et 18 ans, pourrait souffrir d'anorexie mentale. Cela voudrait dire que 139 adolescentes au Nouveau-Brunswick auraient souffert d'anorexie mentale pendant l'année scolaire 1984-85.

Quatre-vingt-quinze pourcent des personnes atteintes de cette maladie sont des filles, des jeunes femmes et des femmes. Le taux de mortalité se situe entre 10% et 20% pour les victimes qui ne sont pas traitées, mais même parmi celles qui sont traitées, certaines en meurent.

La morbidité physique, psychologique et sociale qui accompagne la maladie est encore plus élevée [que le taux de mortalité]. Les erreurs de diagnostic sont communes parce que souvent, les patientes nient leur restriction alimentaire; par conséquent, nombre de jeunes femmes sont inopportunément traitées pour les effets secondaires de l'anorexie, tels l'aménorrhée, l'oedème cyclique, l'ostéoporose, la perte de poids pour des causes inconnues, la maladie de Raynaud et les désordres thyroïdiens. Même si le phénomène de l'anorexie mentale est bien connu, son traitement est une tâche spécialisée, complexe et difficile. Nous ne réalisons pas aussi souvent que nous le voudrions le rétablissement physique et psychologique des victimes.²³

Etant donné le peu de cas rapportés par les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, on peut supposer qu'il y a, ici comme ailleurs, beaucoup d'erreurs de diagnostic. (Voir le tableau 2.)

Les chercheurs des communautés canadienne et internationale s'entendent pour dire que l'anorexie mentale est "une maladie commune et grave de notre temps" et qu'elle se répand de plus en plus.

Il a été dit ... que ceci et aussi la différence remarquable entre les garçons et les filles quant à la fréquence du désordre, sont reliés à plusieurs facteurs:

- (a) une société d'abondance et suralimentée;
- (b) la croissance biologique rapide à la puberté, surtout chez les filles, qui ... en viennent à associer leur poids croissant avec leur timidité et leurs troubles adolescents;
- (c) les efforts d'amaigrissement entrepris par presque toutes les adolescentes, et à cet égard, elles diffèrent de la majorité des adolescents;
- (d) les problèmes psychologiques à caractère existentiel, propres aux adolescent-e-s d'aujourd'hui, qui sont différents de ceux envisagés par les générations précédentes.²⁴

Etant donné que les chercheurs ont démontré que les pressions sociales que subissent les femmes concernant leur poids ont l'effet d'accroître la fréquence de cette maladie, les féministes sont justifiées de remettre en question cette définition étroite de la beauté féminine que prescrit la société et que l'auteure Kim Chernin, elle-même victime du désordre, qualifie de "tyrannie de la minceur".²⁵

Les services gouvernementaux

Le ministère de la Santé n'a pas développé de programmes en réponse aux problèmes de l'anorexie mentale. Les cas sont traités individuellement par les médecins, les cliniques d'hygiène mentale et les hôpitaux. Les diétiticiennes de la santé publique ont préparé du matériel sur la question et elles savent qu'un certain nombre de cas sont traités par les infirmières de la santé publique ou par les infirmières scolaires (au service des districts scolaires). Le peu de cas rapportés par les hôpitaux nous laisse croire qu'il y a des erreurs de diagnostic ou que nombre de cas ne sont pas diagnostiqués du tout.

La boulimie

La boulimie est caractérisée par des fringales cycliques (la consommation rapide d'une grande quantité de nourriture dans une période de temps relativement courte, habituellement moins de deux heures); la conscience et l'absence de dénégation du fait que le comportement est anormal; une crainte de ne plus pouvoir arrêter de manger; des états dépressifs et la désapprobation de soi suite à une fringale; et des régimes d'amaigrissement qui sont souvent extrêmes, des vomissements provoqués ou l'usage de purgatifs et de diurétiques.²⁶

Les boulimiques qui réussissent à contrôler leur poids le maintiennent tout près du niveau considéré normal pour leur taille et elles perdent rarement plus de 15% de leur poids normal. Elles ne cherchent pas à perdre autant de poids que les anorexiques. Bien que beaucoup d'anorexiques soient aussi boulimiques, bon nombre de boulimiques ne sont pas anorexiques.

Comme l'anorexie mentale, ce désordre atteint plus souvent des jeunes femmes qui autrement seraient en très bonne santé. Les victimes sont habituellement atteintes à l'âge de 18 ans et beaucoup d'entre elles ont des épisodes boulimiques pendant une vingtaine d'années, avec des fringales de plus en plus fréquentes, accompagnées de dépression et d'une détérioration physique, sociale et émotionnelle.²⁷ La boulimie, comme l'anorexie mentale, peut mener à la mort.

- Des études américaines, effectuées dans différentes parties des Etats-Unis, démontrent que le pourcentage de femmes des collèges atteintes de boulimie est de 19% et 7.8% respectivement alors que le pourcentage d'étudiantes du secondaire 2e cycle est de 4.9%. Les études effectuées dans les collèges démontrent que la

fréquence chez les jeunes hommes est de 5% et de 1.4% respectivement; les garçons n'ont pas été inclus dans l'étude effectuée dans les écoles secondaires parce que la fréquence de boulimie chez les garçons est peu élevée.²⁸ L'étude effectuée dans les écoles secondaires suggère qu'en 1984-85 au Nouveau-Brunswick, 1 430 adolescentes ont souffert de boulimie.

- Une étude américaine sur les étudiant-e-s d'université ayant cherché de l'aide dans une clinique psychiatrique, a démontré que 3.8% de ces étudiant-e-s étaient boulimiques (89% étaient des femmes et 11% des hommes);²⁹

- Selon une étude australienne, 20% de toutes les jeunes femmes souffrent d'un désordre de l'alimentation (boulimie ou anorexie) à un moment donné, même si ce n'est que brièvement, et environ 7% abusent de purgatifs ou de diurétiques.³⁰

Pourquoi la fréquence de la boulimie est-elle inquiétante?

En plus d'être très nuisible à la santé physique et mentale, la boulimie, comme l'anorexie mentale, semble être causée, du moins en partie, par les pressions sociales. Les personnes atteintes de boulimie grave peuvent "en venir au point où elles passent la majeure partie de leur journée à manger ou à y penser".³¹

Les jeunes femmes ainsi affligées sont peu susceptibles de bien réussir à l'école ou dans leurs relations inter-personnelles et bon nombre souffrent de dépression.

Selon les statistiques des hôpitaux du Nouveau-Brunswick pour les années 1979-1984, il n'y a pas eu un seul diagnostic primaire de boulimie chez les filles âgées de 12 à 18 ans. (Voir le tableau 2.) Or, l'évidence des études sur la fréquence de ce désordre suggère que, comme dans le cas de l'anorexie mentale, il y a des erreurs de diagnostic ou bien les cas ne sont pas diagnostiqués du tout.

Les services gouvernementaux

Comme pour l'anorexie mentale, le ministère de la Santé n'a pas développé de programme en réponse à ce désordre. Les cas sont traités sur une base individuelle par les médecins, les cliniques d'hygiène mentale et les hôpitaux. Etant donné l'absence de cas dans les statistiques des hôpitaux, on pourrait penser qu'il existe des centaines de cas qui n'ont pas été identifiés ou qui ont été diagnostiqués autrement.

Les grossesses adolescentes

Les Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick pour les années 1975-1984 révèlent que les taux de natalité chez les adolescentes diminuent continuellement et que le nombre d'accouchements adolescents a diminué de 51.4%. La proportion d'enfants nés de mères adolescentes par rapport à toutes les naissances a aussi diminué. Ces changements sont compatibles avec les tendances des dix dernières années à l'échelle nationale et internationale, telles qu'elles ont été identifiées dans une récente étude.³² Là, où il y a eu augmentation, c'est dans le degré de sensibilisation aux problèmes qu'envisagent les adolescentes enceintes et les mères célibataires, ainsi que dans le nombre d'enfants nés d'adolescentes célibataires. C'est sûrement cette dernière augmentation qui a amené le public à croire que le nombre de grossesses adolescentes augmente. Dans les faits, il y a moins de grossesses adolescentes mais plus de mères adolescentes qui gardent leurs enfants et qui tentent de les élever par elles-mêmes.

Quoique le nombre d'enfants nés d'adolescentes a diminué, il y en a tout de même beaucoup. Les ministères de la Santé et de l'Education ont adressé les questions de l'adolescence, la santé de la reproduction et la sexualité.

Les services gouvernementaux

Pour ce qui est du counselling et de l'éducation sexuels, le ministère de la Santé a mis sur pied un programme d'éducation permanente à l'intention des infirmières de la santé publique. De plus, des centres d'orthogénie ont été établis dans les villes de Moncton, Fredericton, Edmundston, Campbellton et Chatham et d'autres sont prévus à Saint-Jean et à Bathurst ainsi qu'une deuxième à Moncton qui servira la population francophone. Ces centres sont conçus pour fournir des services de counselling et d'éducation au sujet de la sexualité et de la contraception ainsi que des services cliniques de contraception. Les diétiticiennes de la santé publique préparent présentement de l'information sur la nutrition qui sera utilisée par les cliniques pour renseigner le public sur les besoins nutritionnels avant la conception et lorsqu'on fait usage d'un contraceptif oral.

Les divisions anglophone et francophone du ministère de l'Education ont développé des programmes sur la reproduction et le développement humain à l'intention des étudiant-e-s de l'élémentaire et du secondaire 1er cycle (jusqu'à la 9e année). Dans le passé, le Conseil a recommandé des cours de relations humaines non-sexistes qui traiteraient de responsabilités, d'abus de pouvoir ainsi que d'abus et d'exploitation sexuels dans les relations. Les programmes actuels ne semblent pas traiter à fond de ces questions. Lors de la conférence Coopération jeunesse, tenue au mois d'août 1985, une journée était réservée à la discussion du sexisme et des rapports entre les sexes. Bon nombre de jeunes se sont plaints que ces questions ne soient pas bien traitées ou même abordées à l'école et ont exprimé le désir d'en discuter.

Les services communautaires

Il y a des associations de planification familiale à Edmundston, Fredericton, Kedgwick, Riverview, Florenceville et Sackville. Cette organisation assure la distribution de dépliants et de brochures sur la planification familiale, l'adolescence, la contraception, les handicapé-e-s, la grossesse, les maladies vénériennes, ainsi que des ressources et des documents aux parents/enseignants sur la ménopause, l'examen des seins, l'examen Pap, l'allaitement maternel et autres questions relatives à la santé de la reproduction. Dans la région de Chatham/Newcastle, il y a également une clinique de la santé familiale ainsi qu'un programme d'extension des services (Outreach).

A Moncton, le groupe de Support aux mères célibataires a été mis sur pied en 1983, suite à un sondage sur les besoins des mères célibataires effectué en 1982-1983. Parmi les services offerts, on compte des cours prénatals et post-natals, des groupes de support, des programmes éducationnels sur les techniques de survie, un service de renvoi aux services communautaires, des cours de parents efficaces, le développement de l'enfant, l'emploi, des services de garde de jour et de transport.

L'association du Droit à la vie (Birthright), qui offre des services de support aux jeunes femmes enceintes, a des chapîtres à Fredericton, Moncton, Chatham/Newcastle, Saint-Jean et Edmundston. Ce groupe s'occupe de trouver un logement aux jeunes femmes enceintes qui sont sans abri pendant leur grossesse.

Les Services de counselling et d'enrichissement familial sont en mesure d'offrir des services de support aux jeunes femmes enceintes et aux mères adolescentes. Cet organisme a des bureaux à Moncton, Fredericton, Edmundston et Bathurst. Un groupe semblable, appelé Family Services, est établi à Saint-Jean.

L'avortement et les adolescentes

En même temps que le nombre d'enfants nés d'adolescentes au Nouveau-Brunswick diminuait de 39% entre 1975 et 1982, le nombre d'avortements chez les femmes de moins de 20 ans diminuait de 50%, ce qui suggère une diminution des grossesses adolescentes. Ces chiffres pourraient toutefois être contestés en vertu de la suspension du service d'avortement de l'Hôpital de Moncton pour une période de six mois en 1982. Il reste que le nombre d'avortements thérapeutiques en 1983 a très peu augmenté par rapport à 1982 (les proportions selon l'âge pour 1984 et 1985 ne sont pas encore disponibles).

Etant donné le manque de statistiques récentes, on pourrait peut-être obtenir des chiffres plus justes en comparant le nombre d'avortements avec le nombre de naissances chez les adolescentes entre 1975 et 1980. Pendant cette période, le nombre d'enfants nés d'adolescentes a diminué de 29% alors que le nombre de femmes de moins de 20 ans qui se sont fait avorter a augmenté de 16% seulement. Si ces chiffres semblent suggérer que l'avortement est devenu un moyen de contraception chez les adolescentes, ils suggèrent également que plus d'adolescentes utilisent des méthodes contraceptives et évitent la grossesse. La diminution des taux de natalité chez les adolescentes correspond à l'augmentation de programmes d'éducation sexuelle à l'école.

Les services gouvernementaux et communautaires offerts aux adolescentes enceintes

Les fonctionnaires du ministère des Services sociaux, les cliniques de l'hygiène mentale, la Division de la santé publique du ministère de la Santé ainsi que les conseillers en orientation sont tous en mesure d'offrir des services de support à

l'adolescente enceinte durant le processus de prise de décision quant à l'issue de sa grossesse.

Toutefois, selon une étude gouvernementale de 1984 effectuée auprès des adolescentes ayant eu un avortement, pas une seule avait recherché l'aide de ces professionnel-le-s. Elles avaient plutôt demandé conseil aux professionnel-le-s des services communautaires, tels le Droit à la vie, les services de planification familiale et de counselling familial. Certaines avaient consulté un médecin.

Les hôpitaux

Des neuf comités d'avortement thérapeutique des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, seulement cinq sont actifs: Dr. Everett Chalmers, Fredericton; l'Hôpital de Moncton; l'Hôpital Miramichi, Newcastle; Oromocto Public; et l'Hôpital régional de Saint-Jean. Les comités de Bathurst, Campbellton, Sackville et Woodstock sont inactifs.

Selon l'étude gouvernementale de 1984, le nombre de femmes du Nouveau-Brunswick qui se sont fait avorter à l'extérieur de la province était supérieur au nombre d'avortements effectués dans la province. Parce que le service au Nouveau-Brunswick est souvent inaccessible ou inexistant, bon nombre de femmes ont recours aux cliniques du Québec et des Etats-Unis. Lors d'une conférence de presse tenue récemment, le docteur Henry Morgentaler disait que 50% des femmes qui se rendent à sa clinique de Montréal ne sont pas du Québec et que d'entre elles, 80% viennent des provinces Maritimes. En date du mois d'octobre 1985, 1600 femmes avaient eu un avortement à cette clinique.

L'usage de drogues non-prescrites

Selon une étude parrainée par la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick et effectuée auprès des élèves des écoles secondaires (1er cycle et 2e cycle) en 1981, les taux d'usage de drogue des garçons et des filles sont similaires. L'usage de l'alcool est le plus répandu, suivi des drogues cannabiques et d'une combinaison d'alcool et de cannabis. (Voir le tableau 13.) Même si la Commission n'a pas divisé son étude selon le sexe, elle a tout de même observé que les filles font usage de pilules en plus grand nombre que les garçons.³⁴ Cette observation correspond aux résultats d'une étude de 1977 sur l'usage de drogues non-prescrites auprès des élèves de Fredericton et d'Edmundston. L'étude démontre, qu'à l'exception des tranquillisants, l'utilisation d'une variété de drogues est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Dans les classes de 11e année, l'usage de tranquillisants non-prescrits était trois fois plus élevé chez les filles que chez les garçons, c'est-à-dire dans une proportion de 13.3%.³⁵ Lorsqu'on considère que la pharmacodépendance des femmes adultes comprend souvent l'abus de drogues psychoactives ainsi que de l'alcool, cette tendance est inquiétante.

L'étude de Fredericton-Edmundston rapportait aussi que de la 7e à la 11e année, l'usage du tabac est plus fréquent chez les filles; ces données correspondent à celles de l'Enquête condition physique Canada (E.C.P.C.) de 1981 qui rapportait que les adolescentes fument en plus grand nombre que les adolescents et qu'à l'âge de 18-19 ans, presque une femme sur deux fume, du moins à l'occasion. Malgré cette proportion élevée, l'E.C.P.C. faisait remarquer que ces chiffres sont probablement conservateurs étant donné que le sondage a été effectuée en milieu familial, c'est-à-dire en présence des parents.³⁶

Pendant que l'usage du tabac est élevé chez les adolescentes, la plupart des fumeurs adultes sont des hommes et les adolescents sont plus susceptibles d'être de grands fumeurs. Même si elles ne sont pas de grandes fumeuses, les risques à la santé des adolescentes qui fument et qui prennent un contraceptif oral pourraient être aussi grands que chez les garçons qui fument beaucoup. En dépit des risques plus élevés de troubles cardio-vasculaires associés à la combinaison du tabac et du contraceptif oral, il semble que l'usage de contraceptifs oraux est aussi répandu chez les adolescentes qui fument que chez celles qui ne fument pas.³⁷

Le rapport, *L'activité physique et les jeunes au Canada*, suggère aussi un lien entre l'usage du tabac des filles et leur désir de contrôler leur poids:

L'ACTIVITE, L'USAGE DU TABAC ET AUTRES VALEURS CONNEXES

	<u>garçons</u>	<u>filles</u>
considèrent l'activité physique très importante	63%	55%
sont classés "actifs" jusqu'à l'âge de 17 ans	77%	71%
considèrent très importante l'abstinence de tabac	62%	59%
de 14 à 19 ans fument au moins à l'occasion	25%	33%
considèrent très important le contrôle du poids	39%	60%

Extrait de L'activité physique et les jeunes au Canada, 1983.

La question que soulève cet ensemble de résultats, c'est de savoir si les filles cherchent à contrôler leur poids en fumant plutôt qu'à faire de l'exercice ou peut-être tout en faisant de l'exercice. Puisque le tabac produit une anorexie mitigée certaine, il se peut que les adolescentes y recourent dans la bataille qu'elles livrent à l'embonpoint jusqu'à ce qu'elles se trouvent installées dans une habitude permanente.³⁸

Les services gouvernementaux

Le ministère de la Santé fait partie du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur le tabagisme. Ce groupe a déjà mis sur pied le Programme national de lutte contre le tabagisme qui comprend une campagne de messages télévisés s'adressant aux jeunes. Une étude fédérale/provinciale tentera de déterminer pourquoi les filles fument de plus en plus.

Les divisions anglophone et francophone du ministère de l'Éducation ont préparé du matériel sur l'abus de substances toxiques pour les élèves de la 1ère à la 9e année. Pour sa part, la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance (C.A.P.) a développé du matériel sur le sujet à l'intention des écoles.

La C.A.P. a établi des centres de traitement dans les villes de Moncton, Fredericton, Newcastle, Tracadie, Bathurst, Campbellton, Edmundston, Perth-Andover, Woodstock ainsi qu'à Lone Water Farm Westfield. Pendant les trois premiers mois de 1985, 9% des patients du service externe de la Commission étaient des personnes de moins de 21 ans (les proportions selon le sexe ne sont pas disponibles). Les jeunes constituent 1% de la clientèle admise dans les centres de traitement de la Commission.

L'activité physique

Le rapport, L'Activité physique et les jeunes au Canada de 1983, rapporte une baisse graduelle du niveau d'activité chez les jeunes filles à compter de 12-13 ans qui contraste avec la chute abrupte du niveau d'activité des garçons de 18-19 ans. Jusqu'à l'âge de 17 ans, les filles font moins d'exercice physique que les garçons mais à la fin de l'adolescence, on compte un plus grand nombre de jeunes femmes actives sur une base régulière que de jeunes hommes.³⁹

L'enquête démontre que les filles s'intéressent principalement au jogging ou à la course, à la natation, au tennis, à l'exercice à domicile et au cyclisme alors que beaucoup d'entre elles désirent s'adonner à l'haltérophilie. Les activités les plus populaires chez les garçons et les filles sont celles où ils/elles dominent respectivement. Par exemple, les filles sont plus souples et s'adonnent davantage au patinage, à la danse et à la gymnastique. Il a été impossible cependant de déterminer d'après l'enquête si les jeunes des deux sexes choisissent librement leurs activités ou s'il résulte d'options limitées à l'école ou dans la communauté.⁴⁰

Les deux sexes s'accordent pour dire que le plaisir est le principal motif d'activité alors que les filles sont 19% plus nombreuses à croire que le contrôle du poids est une raison valable et 7% moins nombreuses à se sentir attirées par le défi.⁴¹

Un facteur qui semble inciter les filles à devenir plus actives est la présence d'un(e) partenaire ou d'un(e) camarade. Elles sont 7% plus nombreuses que les garçons à citer ce facteur.⁴² Elles ne recherchent pas pour autant des sports organisés,

contrairement aux garçons qui s'y intéressent davantage. L'enquête n'a pas traité des raisons sociales qui pourraient expliquer ces différences.

Le rapport, La condition physique des jeunes au Canada de 1983, conclue qu'il y a une perte d'endurance cardio-vasculaire chez les filles de 15 à 19 ans par rapport aux groupes d'âge plus jeunes. Cette perte correspond à un accroissement d'adiposité et à une baisse du taux d'activité par rapport aux groupes d'âge plus jeunes.⁴³

Le nombre de filles qui se disent actives tombe à moins de 70% après l'âge de 15 ans, tandis que plus des trois quart des garçons se considèrent actifs jusqu'à l'âge de 18 à 19 ans. Il apparaît donc que les filles de 15 à 19 ans pourraient éviter ce déclin de leur niveau de condition cardio-vasculaire en augmentant la fréquence et l'intensité de l'activité.⁴⁴

Les services gouvernementaux

L'enseignement de l'éducation physique est obligatoire jusqu'à la 9e année. Un cours intitulé "La santé et l'éducation physique 112 - le conditionnement physique et l'activité physique récréative" doit être suivi en 10e, en 11e ou en 12e année. Les sujets traités comprennent la santé personnelle, le conditionnement physique et les activités physiques récréatives pouvant être poursuivies toute la vie, ainsi que les principes du contrôle du poids, les effets de l'exercice sur les diverses parties du corps humain et les éléments composants du conditionnement physique. Pour ce qui est des pressions que les filles subissent de faire de l'exercice pour être minces, il n'est pas clair que le programme ait tenté d'en contrebalancer les effets.

Le ministère appuie l'Association des loisirs intramuros du Nouveau-Brunswick dont l'objectif est de promouvoir les intramuros des filles et des garçons. Il reste à déterminer si ces activités sont promues de façon égale.

Le ministère de la Jeunesse, des Loisirs et des Ressources culturelles assure un support financier ainsi que des services administratifs et de consultation au sport amateur. Nous ne savons pas encore dans quelle mesure le sport féminin et la promotion de la condition physique féminine bénéficient des ressources du ministère.

La santé mentale

La confiance en soi, l'estime de soi et la dépression

L'adolescence est problématique pour les filles parce qu'elles reçoivent des messages contradictoires quant aux objectifs qu'elles devraient poursuivre (Rossi, 1972). En milieu scolaire, on attend des filles qu'elles s'efforcent de maîtriser leur travail, tout comme à l'école primaire. En même temps, les adolescentes font face à d'autres pressions croissantes de développer des qualités traditionnellement féminines, qualités qui sont souvent incompatibles avec le développement de la maîtrise. Vraisemblablement en raison des différences dans la socialisation des sexes, les garçons, à la fin de la période adolescente, ont acquis une plus grande confiance en leurs capacités que les filles.⁴⁵

Selon une étude effectuée en 1982, les garçons et les filles pré-adolescent-e-s sentent le besoin de remonter leur estime de soi par la représentation (la création d'une fausse image de soi). Au début de l'adolescence, les garçons abandonnent ce comportement, contrairement aux filles qui s'y adonnent jusqu'à vers la fin de l'adolescence. L'auteur de l'étude dit que:

Les différences dans la socialisation des sexes, qui sont intensifiées au début de l'adolescence, pourraient expliquer les différences entre les jeunes adolescentes et les jeunes adolescents. Comme l'ont dit F.R. Rosenberg et Simmons (1975), au début de l'adolescence, les filles se préoccupent davantage de l'évaluation des autres que les garçons. En raison la socialisation des sexes, les filles sont encouragées à plaire aux autres et à éviter d'être un fardeau pour les autres, alors que les garçons concentrent sur la réalisation de soi. Cela pourrait avoir comme conséquence que la jeune fille, qui a une mauvaise estime d'elle-même, continue d'être fortement motivée à présenter une fausse image, surtout si elle cache des sentiments potentiellement inacceptables derrière un front socialement acceptable. Même le développement d'autres dimensions du concept de soi n'éliminera pas les effets de cette socialisation sur la jeune fille ayant une mauvaise estime de soi, et elle continuera d'être plus susceptible d'avoir recours à la représentation que la jeune fille ayant une bonne estime de soi, afin d'entretenir des relations agréables. Plus tard dans l'adolescence, à mesure que la croissance sociale et cognitive se complète et s'intègre, ce comportement pourrait être atténué. Pour leur part, les garçons ayant une mauvaise estime de soi ne sont pas plus susceptibles que ceux ayant une bonne estime de soi de présenter une fausse image d'eux-mêmes pour cacher leurs sentiments. A mesure qu'ils s'intéressent au succès et à sa réalisation, les garçons se préoccupent moins du maintien de relations plaisantes. Par conséquent, même les adolescents ayant mauvaise estime de soi sont moins susceptibles d'avoir recours à la représentation que les garçons pré-adolescents. Contrairement aux filles, les garçons de façon générale ne sont pas motivés à cacher leurs sentiments désagréables, excepté lorsqu'ils sentent que cette déception est nécessaire à la réalisation de leurs objectifs.⁴⁶

L'auteur de l'étude prévient que l'hypothèse qui dit que le rapport entre l'estime de soi et la représentation est atténué à la fin de l'adolescence pourrait être fausse, en ce sens que les individus ont eu le temps de développer "l'habileté d'évaluer la pertinence d'une identité dans une situation donnée et de présenter un moi qui y correspond".⁴⁷ Elles n'ont pas nécessairement amélioré leurs compétences sociales et cognitives de sorte à leur permettre d'être elles-mêmes.

La dépression et le suicide

Selon les statistiques que les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont compilé entre 1979 et 1984, les diagnostics primaires de dépression des filles de 16 à 18 ans sont deux fois plus nombreux que ceux des garçons du même âge, alors que chez les filles de 12 à 15 ans, ces diagnostics sont quatre fois plus nombreux que chez les garçons du même âge. (Voir le tableau 2.)

Entre 1980 et 1984 au Nouveau-Brunswick, le nombre de suicides était presque 5 fois plus élevé chez les garçons de 10 à 19 ans que chez les filles du même âge (voir le tableau 4); notons toutefois que les statistiques canadiennes en 1981 indiquent que pour chaque suicide réussi chez les adolescents, il y a 10 tentatives.⁴⁸ Quoique les statistiques relatives aux tentatives de suicide des adolescents du Nouveau-Brunswick ne sont pas encore disponibles, des chiffres ont été établis dans cinq autres provinces canadiennes, y compris la Nouvelle-Ecosse qui rapporte que le nombre de tentatives de suicide d'adolescentes de 15 à 19 ans était deux fois plus élevé que chez les adolescents en 1980-81 et que pour chaque suicide chez les adolescentes, il y a 47 tentatives de suicide. Les filles tentent le suicide surtout au moyen d'une dose excessive de médicaments alors que les garçons utilisent plus souvent des armes à feu. La chercheuse, Marie-France Charron, propose une explication. Elle fait remarquer que la profession médicale cherche à "médicaliser" la dépression plutôt que d'explorer les pressions sociales et culturelles que subi la personne déprimée. Puisque les filles qui souffrent de dépression sont plus susceptibles de se faire traiter que les garçons, elles ont aussi plus d'accès aux médicaments prescrits et sont plus aptes à en faire usage dans une situation de crise.⁵⁹ Les filles sont socialisées à croire que leurs problèmes peuvent être réglés ou allégés avec des drogues psychoactives.

Les services gouvernementaux

Des cliniques d'hygiène mentale sont établies à Moncton, Ste-Anne-de-Kent, Saint-Jean, Sussex, Saint-Stephen, Fredericton, Woodstock, Edmundston, Grand-Sault, Campbellton, Bathurst, Caraquet et Chatham. Parmi les professionnels qui peuvent être appelés à traiter les adolescent-e-s troublé-e-s, on compte les travailleuses sociales, les conseillères en orientation, les infirmières de la santé publique, les médecins, les psychologues, les psychiatres ainsi que les membres du système de l'exécution des lois. Des groupes bénévoles, telles l'Association canadienne de la santé mentale ainsi que l'Association canadienne pour les handicapés mentaux ont des programmes d'information concernant les services offerts et la définition de la santé mentale.

Le Rapport du Comité de planification sur les services d'hygiène mentale aux enfants et adolescents de 1984 démontre que les services d'hygiène mentale aux enfants et aux adolescents sont fragmentés et le comité a fait 22 recommandations visant à améliorer ces services. Ces recommandations comprennent l'identification des groupe-cibles qui sont plus susceptibles de développer un désordre mental ou émotionnel. Quoique le rapport n'est pas détaillé, il semble suggérer que le ministère de la Santé pourrait, au besoin et selon une formule proposée, établir des cliniques spécialisées. On pourrait considérer par exemple, l'établissement de cliniques de traitement des désordres de l'alimentation, semblables à celles des Etats-Unis. Le rapport ne mentionne pas de distinctions de sexe quant au besoin de services d'hygiène mentale.

Conclusion: les questions soulevées

Les données présentées dans le présent document suggèrent fortement que certaines pressions sociales ont des influences négative importantes sur la santé des adolescentes. La promotion d'un idéal de beauté féminine qui insiste sans répit sur la "minceur" semble être une des causes de certains problèmes, notamment l'insuffisance nutritionnelle et les désordres de l'alimentation ainsi que l'usage du tabac. Par exemple, les filles sont beaucoup plus nombreuses que les garçons à citer le contrôle du poids comme motif d'activité physique.

On croit savoir que bon nombre des troubles névrotiques dont les femmes adultes sont le plus souvent victimes, y compris la dépression, sont causés par des pressions culturelles ayant l'effet de limiter les choix des femmes. Il faut donc se poser la question à savoir si les adolescentes atteintes de désordres semblables sont victimes des mêmes pressions. Les raisons pour lesquelles les adolescentes sont beaucoup plus souvent victimes de ces désordres que les garçons devraient faire l'objet d'une étude exhaustive. L'usage et l'abus de tranquillisants et d'autres drogues psychoactives chez les adolescentes devraient aussi faire l'objet d'une recherche. L'usage de stupéfiants semble aussi plus élevé chez les adolescentes que chez les adolescents, ce qui pourrait être lié à l'incidence de l'usage et de l'abus de ces drogues chez les femmes adultes.

Même s'il mérite d'être félicité pour avoir établi des centres d'orthogénie dans les centres urbains, le ministère de la Santé doit aussi offrir ces services aux femmes rurales.

De même, les ministères concernés doivent traiter de l'insuffisance d'activité physique chez les adolescentes comparativement aux garçons. Ce travail devrait inclure des moyens d'assurer la promotion égale de l'activité physique féminine et masculine et de l'activité de compétition et de récréation; un partage équitable d'heures dans les installations d'activité physique; un partage proportionnel des fonds affectés aux sports et aux loisirs; et l'égalité d'accès à des installations bien équipées et de bonne qualité.

Références

1. David M. Garner et al., "Cultural Expectations of Thinness in Women", Psychological Reports, 47 (1980), 485, 488.
2. Ibid., 490.
3. Marlene Boskind-Lodahl, "Cinderella's Stepsisters: A Feminist Perspective on Anorexia Nervosa and Bulimia", Signs: Journal of Women in Culture and Society, 2,2 (1976), 348-9.
4. Judith Long Laws tel que cité par Boskind-Lodahl [3], 354-5.
5. Magdalena Kronidl and Rebecca S. George, "Perceptions and Food Use of Adolescent Boys and Girls", Nutrition and Behavior, 1 (1983), 123.
6. Nutrition Committee, Canadian Paediatric Society, "Adolescent nutrition: Fast foods, food fads and the educational challenge", Canadian Medical Association Journal, 129 (1983), 693.
7. Donna M. Woolcott, "Nutritional Information and Education Needs of Canadian Consumers", Journal of the Canadian Dietetic Association, 42,1 (1981), 9.
8. Johanna T. Dwyer et al., "Adolescent Dieters: Who Are They?", American Journal of Clinical Nutrition, 20 (1967), 1047.
9. R. L. Heunemann et al., tel que cité par Garner [1], 483.

10. I. Nylander, "The feeling of being fat and dieting in a school population: epidemiologic, interview investigation", Acta Sociomedica Scandinavia, 3 (1971), 17-26.
11. S. H. Gray, "Social aspects of body image: Perception of normalcy of weight and affect of college undergraduates", tel que cité par David Garner et al., "An Overview of Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa", Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research (New York: Alan R. Liss Inc.), p. 70.
12. Katherine A. Halmi tel que cité par Garner [11], 70.
13. Enquête condition physique Canada, L'activité physique et les jeunes au Canada, Condition physique et Sport amateur, Octobre, 1983, p. 34.
14. Conclusions de Susan Wooley et de Orland Wooley, directeurs de la Eating Disorder Clinic, University of Cincinnati College of Medicine, rapportées dans le Times-Transcript, Moncton, le 29 août 1985, p. 8.
15. Garner [1], 490.
16. Pour les études mentionnées à ce paragraphe, voir "Etre adolescent, être obèse", Notes sur la nutrition, Services de nutrition, ministère de la Santé, Fredericton, avril, 1984; Hilde Bruch, Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within (New York: Basic Books, 1973); "Quelles sont les causes de l'obésité?", Notes sur la nutrition, Services de nutrition, ministère de la Santé, Fredericton, octobre, 1983; Woolcott [7], 8; David Burman, "Adolescent Nutrition", Practitioner, 222 (1979), 620; Anders Häger, "Nutritional Problems in Adolescence - Obesity", Nutrition Reviews, 39, 2 (1981), 90.

17. Etudes citées par Leo B. Hendry et Pamela Gillies, "Body Type, Body Esteem, School and Leisure: A Study of Overweight, Average and Underweight Adolescents", Journal of Youth and Adolescence, 7, 2 (1978), 183.
18. Häger [16], 89.
19. Katherine A. Halmi, "Anorexia nervosa and bulimia", Psychosomatics, 24, 2 (1983), 111.
20. Garner [11], 66, 79.
21. Nylander [10], 17-26.
22. A. H. Crisp, et al., "How Common is Anorexia Nervosa? A Prevalence Study", British Journal of Psychiatry, 128 (1976), 549.
23. Ross S. Kalucy, "Eating disorders in young women", The Medical Journal of Australia, 5, 2 (1983), 205.
24. Crisp [22], 553.
25. Kim Chernin, The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness (New York: Harper and Row, 1981).
26. Halmi [19], 111.
27. Laurie L. Humphries et Sylvia Wrobel, "Bulimia: The Binge Eating Syndrome", Southern Medical Journal, 76, 2 (1983), 181.

28. Katherine A. Halmi et al., "Binge-eating and vomiting: a survey of a college population", Psychological Medicine, 11 (1981), 697; R. Pyle, "The incidence of bulimia in freshmen college students", International Journal of Eating Disorders, 2 (1983), 75-85; Craig Johnson et al., "Incidence and Correlates of Bulimic Behavior in a Female High School Population", Journal of Youth and Adolescence, 13, 1 (1984), 15.
29. R. S. Stangler et A. M. Printz tels que cités par Sandra Raynes Weiss et Michael H. Ebert, "Psychological and Behavioral Characteristics of Normal-Weight Bulimics and Normal Weight Control", Psychosomatic Medicine, 45, 4 (1983), 294.
30. Suzanne F. Abraham et al., "Eating Behaviors Among Young Women", Medical Journal of Australia, 2, 5 (1983), 225.
31. Humphries [27], 181.
32. Alan Guttmacher Institute, "Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications", Family Planning Perspectives, 17, 2 (1985), cité dans in "Teen Pregnancy: Study Shows Rates Vary With Attitudes", Pro-Choice News (été, 1985), p. 14.
33. Voir le Daily Gleaner, 14 novembre 1985, p. 21 et le Globe and Mail, 10 octobre 1985.
34. Les données sur l'usage de drogue ont été puisées dans Fastats N.B. IV, Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick, Fredericton, 1985, p. 14 ainsi que dans une lettre de J.E. MacIntyre, Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance, août 1985.
35. David J. LePage, et. al, A Survey of the Non-Medical Use of Drugs, Fredericton-Edmundston, 1977.

36. Enquête Condition physique Canada, L'activité physique et les jeunes au Canada, p. 26.
37. Ibid., pp. 30-31.
38. Ibid., p. 38.
39. Ibid., pp. 14 et 19.
40. Ibid., pp. 19-20.
41. Ibid., p. 35.
42. Ibid., p. 37.
43. Enquête condition physique Canada, La condition physique des jeunes au Canada, Condition physique et sport amateur, mars 1985, p. 4.
44. Ibid., p. 13.
45. Jayne E. Stake et al., "The Effects of Assertive Training on the Performance Self-Esteem of Adolescent Girls", Journal of Youth and Adolescence, 12, 5 (1983), 435-6.
46. Gregory C. Elliott, "Self-Esteem and Self-Presentation Among the Young as a Function of Age and Gender", Journal of Youth and Adolescence, 11, 2 (1982), 148.
47. Ibid., 149.

48. Calculs à partir des tableaux 63 et 64 et utilisant des chiffres de 1981 tels qu'ils sont présentés dans Louise Lapierre et Hélène Aylwin, Jeunesse Canadienne: Perspectives sur la santé, Statistiques Canada, 1985, p. 90.
49. Ibid.
50. Marie-France Charron, citée par Lapierre [47], 52.

PANORAMA OF MORTALITY BY CAUSE
SCHOOL AGE CHILDREN AND ADOLESCENTS

Tableau 1

NB
1980-1984

Cause of Death	1980		1981		1982		1983		1984		1980		1981		1982		1983		1984	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Motor Vehicle Accidents	8	1	8	2	5	4	6	2	8	1	32	7	29	9	30	11	19	2	24	0
AE234-AE241																				
All Other Accidents	1	2	4	0	0	2	3	0	4	3	7	0	7	0	1	0	3	1	6	1
AE246-AE248 AE250-252, 253, 254-262																				
Leukemia	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1
A83-A86																				
Respiratory Disease	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	1	0	0	0
A161-A178																				
Congenital Anomalies	0	1	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	1	1	2	0	0	1
A224-A228																				
Cerebrovascular Disease	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A149-A155																				
Suicide	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	2	2	8	1	4	0	5	2
A264-A270																				
Sub-Total	9	5	14	3	7	8	9	6	14	4	48	9	40	13	39	15	29	3	35	5
Other	5	2	4	4	6	2	2	3	0	2	9	5	7	3	14	4	3	6	1	0
Total	14	7	18	7	13	10	11	9	14	6	57	14	47	16	53	19	32	9	36	5

Source: Vital Statistics
Table D5.0

Tableau 2

SELECTED PRIMARY DIAGNOSIS
AGES 12-14 AND 15-19
N.B. HOSPITALS, 1983-84, 79-80

PRIMARY DIAGNOSIS	12-15		12-15		12-15		12-15		12-15		16-18		16-18		16-18		16-18	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Depression (311)	0	5	0	4	2	0	0	7	3	3	4	8	1	7	6	17	0	9
Anorexia Nervosa (3071)	0	1	0	1	0	3	0	0	0	4	0	8	0	6	0	6	0	1
Bulimia (7836)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	6	1	5	2	3	0	7	3	7	4	16	0	13	6	23	0	10

Source: Hospital Utilization File
Planning and Evaluation

Tableau 3

MENTAL DISORDERS

AGE 12-15

Disorder	1979-80		1980-81		1981-82		1982-83		1983-84	
	male	female	male	female	male	female	male	female	male	female
Neurotic disorders 300-3009	6 48	23 167	8 23	13 72	5 20	21 144	3 12	18 103	5 22	21 136
Special symptoms or syndromes not elsewhere classified 307-3079	1 3	6 109	5 25	5 18	11 169	1 6	6 436	3 25	9 65	
Depressive disorder not elsewhere classified	3 28	4 43	7 76				4 25		5 44	
311-3119										

AGE 16-18

Neurotic disorders 300-3009	14 62	38 468	9 44	34 385	10 71	29 230	7 63	39 266	12 76	30 346
Special symptoms or syndromes not elsewhere classified	5 72	6 46	8 132	12 393	10 486					
307-3079										
Depressive disorder not elsewhere classified	11 187	11 361	6 128	1 6	7 67	4 10	8 91			
311-3119										

Source: Hospital Utilization File
 Note 307-3079 includes anorexia nervosa and other and unspecified disorders of eating among other conditions.

S - Separations; a separation occurs when a patient is either discharged from hospital or dies.

T - Total days of care in hospital.

Tableau 4

TEN MOST FREQUENT PRIMARY DIAGNOSIS GROUPS
FOR ADOLESCENTS
NEW BRUNSWICK HOSPITALS 1983-84

Primary Diagnosis	Age 12-15			Age 16-18		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
Respiratory Diseases	756	550	1306	556	465	1021
Injury and Poisoning	488	228	716	470	218	688
Diseases of the Digestive System	356	274	630	226	242	468
Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases		56	56			
Ill Defined Symptoms and Conditions	178	229	407	107	188	295
Diseases of the Nervous System	140	120	260	99	107	206
Diseases of the Genitourinary System	102	111	213	68	216	284
Infectious and Parasitic Diseases	80	62	142	45		45
Congenital Anomalies	66		66			
Diseases of the Musculoskeletal System	60	72	132	107	88	195
Diseases of the Blood and Blood Forming Organs	55		55			
Mental Disorders				57	85	142
Diseases of the Skin and Subcutaneous Tissue				53	76	129
Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium		88	88		956	956

Source: Hospital Utilization File

Tableau 5

CAUSE OF DEATH
SUICIDE BY AGE GROUP AND SEX
NB 1980-84

Age Group	1980			1981			1982			1983			1984		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	4	0	4	2	2	4	8	1	9	4	0	4	1	0	1
20-24	12	1	13	13	0	13	17	1	18	12	0	12	9	2	7
25-29	10	0	10	6	0	6	8	0	8	12	0	12	9	1	10
30-34	5	2	7	7	2	9	9	1	10	8	3	11	6	1	7
35-39	6	1	7	6	0	6	4	0	4	8	0	8	4	0	4
40-44	6	0	6	5	1	6	5	0	5	6	5	11	3	1	4
45-49	5	1	6	4	0	4	2	2	4	5	1	6	4	1	5
50-54	5	1	6	5	1	6	3	3	6	5	0	5	4	0	4
55-59	6	1	7	8	3	11	8	1	9	10	1	11	5	0	5
60-64	2	2	4	6	0	6	1	0	1	5	2	7	4	0	4
65-69	4	0	4	0	0	0	5	1	6	7	1	8	5	2	7
70-74	2	1	3	1	0	1	3	2	5	4	0	4	3	0	3
75-79	2	0	2	1	1	2	1	0	1	2	0	2	2	0	2
80+	2	0	2	3	0	3	4	0	4	4	0	4	2	0	2
Total	71	10	81	67	10	77	78	12	90	85	15	100	57	8	65

Source: Statistics Canada
Table D5-0
AE264-AE270

NUMBER OF TEENAGE BIRTHS IN NEW BRUNSWICK

Tableau 6

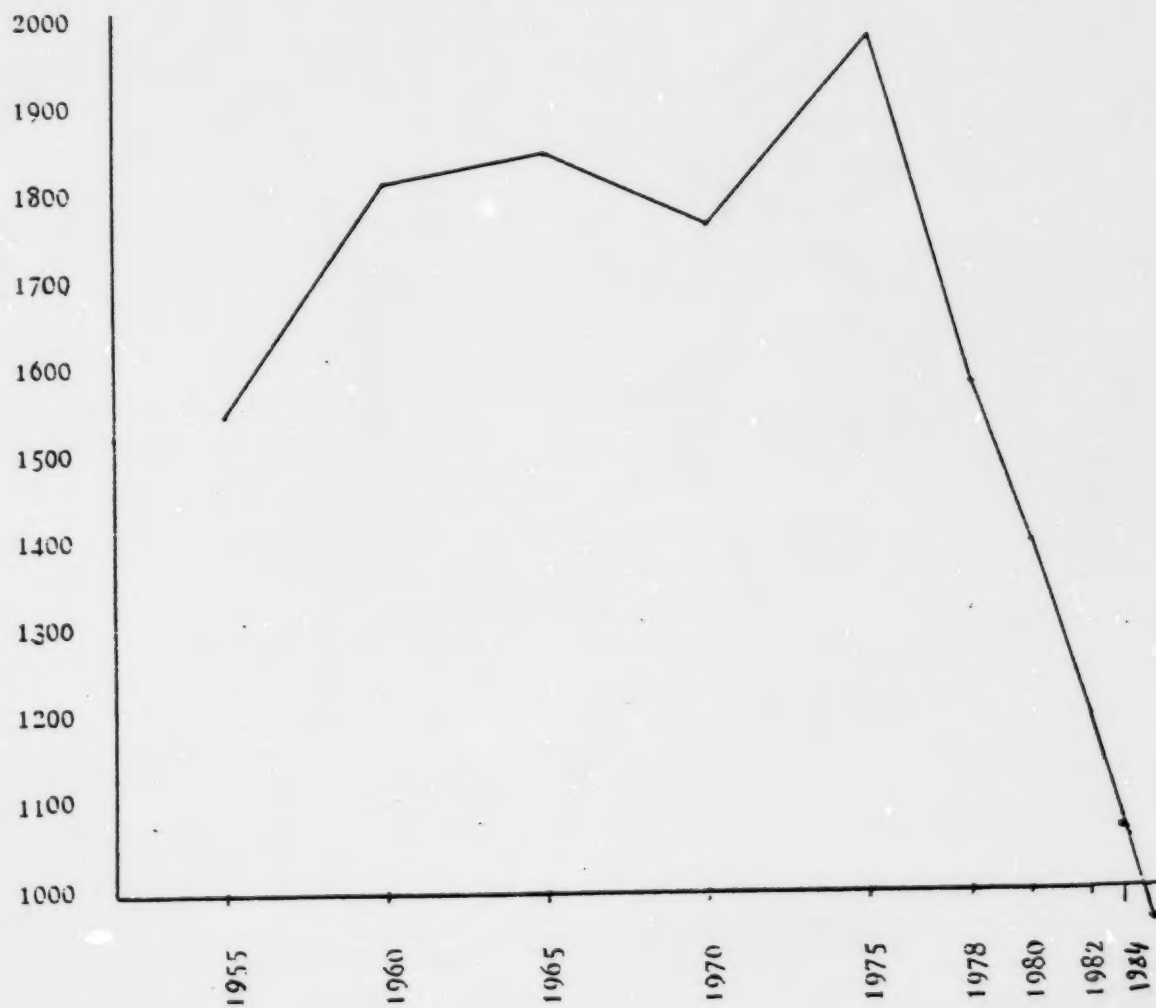


Tableau 7

LIVE BIRTHS BY AGE OF MOTHER (12-19 YEARS)
NEW BRUNSWICK 1980-1984

AGE OF MOTHER	1984	1983	1982	1981	1980
12	-	-	-	-	-
13	-	1	-	1	3
14	5	8	12	17	12
SUB TOTAL	5	9	12	18	15
15	34	54	56	48	55
16	118	121	126	127	147
17	158	180	232	249	271
18	279	309	357	358	398
19	369	401	424	454	517
SUB TOTAL	958	1,065	1,195	1,236	1,388
TOTAL	963	1,074	1,207	1,254	1,403

Source: Vital Statistics
 Planning and Evaluation

Tableau 8

LIVE BIRTHS, RATES * BY AGE OF MOTHER (12-19 YEARS)
NEW BRUNSWICK 1980-1984

AGE OF MOTHER	1984	1983	1982	1981	1980
12	-	-	-	-	-
13	-	.17	-	.17	.50
14	.79	1.27	1.90	2.7	1.9
SUB TOTAL	.28	.73	.66	1.0	.83
15	5.0	7.9	8.2	7.1	8.1
16	16.4	16.8	17.5	17.6	20.4
17	21.8	24.9	32.1	34.4	37.5
18	39.4	43.6	50.4	50.6	56.2
19	53.6	58.2	61.6	65.9	75.1
SUB TOTAL	27.2	30.3	33.9	35.1	39.4
TOTAL	18.1	20.2	22.7	23.5	26.3

* Per 1,000 female within specific age group
 using 1981 Census figures
 Source: Planning and Evaluation

Tableau 9

THERAPEUTIC ABORTIONS IN NEW BRUNSWICK BY AGE OF WOMAN

<u>Age</u>	<u>1983</u>	<u>1982</u>	<u>1981</u>	<u>1980</u>	<u>1979</u>	<u>1978</u>	<u>1977</u>	<u>1976</u>	<u>1975</u>
under 20	—	84	172	197 (15-17)	179	176	154	157	169
20 - 24	—	84	161	143	147	130	141	121	99
25 - 29	—	44	49	59	65	79	62	64	51
30 - 34	—	21	37	35	29	30	39	30	29
35 - 39	—	9	21	25	16	26	20	16	19
40 - 44	—	1	4	8	11	13	10	12	12
<u>TOTAL</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
	263	243	444	467	447	454	426	400	379

* age breakdowns for 1983 are as yet unavailable

Source: Statistics Canada

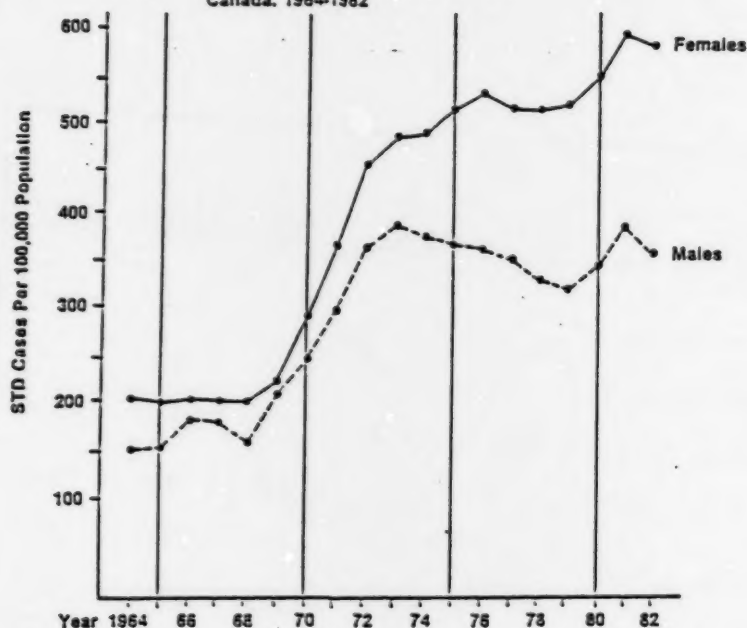
Tableau 10

THERAPEUTIC ABORTION RATES PER 100 LIVE BIRTHS BY AGE GROUPS, 1981

<u>Province</u>	<u>All Ages</u>	<u>Under 20</u>	<u>20-24</u>	<u>25-29</u>	<u>30-34</u>	<u>35-39</u>	<u>40-44</u>
Newfoundland	--	--	--	--	--	--	--
Prince Edward Island	1.4	4.3	1.2	0.6	1.4	2.2	--
Nova Scotia	14.0	38.2	14.0	7.5	7.7	18.0	32.9
New Brunswick	4.2	13.7	4.3	1.4	2.4	6.4	8.3
Quebec	9.5	42.6	9.9	5.3	7.3	15.7	43.4
Ontario	24.9	94.1	27.0	13.1	15.2	30.0	76.5
Manitoba	10.0	27.5	10.6	4.6	6.4	13.3	26.9
Saskatchewan	9.5	27.3	8.8	4.3	5.0	13.6	20.0
Alberta	15.8	47.5	17.3	7.6	8.8	16.8	41.4
British Columbia	30.4	101.1	32.6	17.8	18.2	34.7	93.5
Yukon	22.9	43.5	25.9	14.8	18.2	18.8	--
Northwest Territories	13.7	20.3	16.0	9.9	9.6	3.4	14.3
ALL AREAS	17.9	61.0	18.9	9.5	11.5	23.1	57.7

Source: Statistics Canada

Tableau 11

*Sexually Transmitted Diseases*Figure 5: STD Rates Among 15-19 Year Olds,
Canada, 1964-1982

Source: Based on Statistics Canada Reports #82-20*,
1964-1978 and Sexually Transmitted Disease Annual
Reports 1978-1982 Health & Welfare Canada.

*Sexual Behaviour of Canadian Young People*Tableau 12 NOTIFIABLE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE
AMONG 15-19 YEAR OLDS.
BY PROVINCE AND SEX, 1982.*

	No. of Cases		Rate per 100,000	
	Male	Female	Male	Female
Newfoundland	76	69	240	223
P.E.I.*	—	—	—	—
Nova Scotia	107	181	252	450
New Brunswick	7	23	19	67
Quebec	392	651	129	224
Ontario	1139	1981	283	517
Manitoba	463	696	977	1510
Saskatchewan	291	336	619	747
Alberta	864	1494	795	1458
British Columbia	488	871	409	765
Yukon	26	46	2167	480
Northwest Territories	245	237	9074	9480
Total	4098	6585	357	601

*Sexually Transmitted Disease in Canada, 1982, Annual Report, Health & Welfare Canada (unpublished).

Tableau 13

What are N. B. studies telling us about the situation in our Province?School Study

A recent survey of student drug use among Junior & Senior High School Students in two schools in this province revealed the following.

1. The students reported alcohol, tobacco and marijuana as the drugs most often used.
2. Males and females reported similar rates of drug use.
3. Drug use varied by grade.
4. Percentage of sampled students reporting drug use in the past six months were:

Alcohol	56%
Tobacco	40%
Marijuana	34%
Stimulants	9%
Tranquilizers	6%
Barbiturates	6%
LSD	7%
PCP	5%
Glue	4%
Opiate Hallucinogens & Downers	3%

Source--Research Division, Alcoholism & Drug Dependency Commission of New Brunswick, 1981.

Tableau 14

TABLE 4.2 *Self-Image*

"Please indicate how accurately the following statements describe you."

	% Reporting "Very Well" or "Fairly Well"		
	Nationally	Males	Females
"I'm as nice looking as most people"	88	89	87
"I'm as well-liked as most people"	84	85	83
"I'm comfortable introducing myself to people I don't know"	60	58	62
"I find it easy to speak out in class"	59	63	55

Tableau 15

TABLE 3.2 *Leisure Activities by Gender:*

"How often do you . . . ?"

	% Reporting "Very Often"		
	Nationally	Males	Females
Listen to music	90	89	92
Watch television	57	61	53
Daydream about the future	51	43	59
Sit and think	44	35	54
Dance	44	32	56
Attend parties	40	40	39
Follow sports	43	58	29
Participate in non-team sports	40	44	37
Play team sports	39	50	29
Work out	37	40	35
Attend a sports event	27	32	22
Read the newspaper	37	41	34
Follow the news	35	41	29
Spend time on a hobby	34	36	34
Read magazines	32	29	36
Read books	29	19	39
Participate in a youth group	17	14	19
Go to a movie	17	15	19
Go to a video games arcade	13	20	7
Play video games in a home	12	17	7

Appendice I

Whatever the inner problems of obese people whose self-regulatory controls are not properly programmed and who feel hopeless and helpless in their struggle to keep their weight within proper bounds, they are compounded and reinforced by the hostile cultural attitude which regards even a mild degree of overweight as ugly and abnormal, and condemns it as a sign of greed and self-indulgence. It is my personal conviction that this hostile attack on weight as a shameful evil has contributed to overweight and obesity's becoming such serious health problems. Whatever the relationship between overweight and life expectancy may turn out to be, there is no doubt that the current campaign against it is damaging in its effect on mental health. It is an amazing paradox that our society, with its emphasis on flexibility and liberal ideas, attempts to superimpose one form of body build on those who are differently endowed or whose early experiences have left them without control over the eating function.

Those who suffer from anorexia nervosa represent the most dramatic illustration of the great inner hardship provoked by this cultural attitude. These people condemn themselves to the torture of self-starvation in the futile hope of "deserving respect" and not being despised for being "too fat." Their pitiful emaciation is living proof that losing weight in itself does not solve underlying problems, and that the moral pressure only aggravates inner problems and conflicts. The pressure to be thin seems to be still on the rise, and increasingly often parents condone excessive thinness and fail to ask for help until severe emaciation has developed.

On the whole, the medical profession has shared the condemning cultural attitude and has attacked the weight directly. Increasing knowledge about various underlying physiological and psychological mechanisms has encouraged a more tolerant and respectful approach to the problem. If the irreversible factors are recognized, then it becomes understandable why people with these tendencies will react to life stress with weight increase. In spite of the handicaps of obesity, the most damaging of which are culturally created, to react with overeating in the face of conflicts and difficulties is relatively harmless. It is less destructive personally and less of a social liability than many other abnormal reactions in the face of similar stress, such as hypertension, suicide, neurotic or psychotic breakdown, alcoholism, or, in recent years, amphetamine or other drug abuse. In the liberal approach to drug addiction the emphasis is on the underlying problems of the victim and the social ills that need to be corrected in contrast to the reproachful ridicule to which the obese may be exposed, though the life-long patterns that interfere with weight control are not immediately accessible to change either, except through careful therapeutic reeducation.

Appendice I (cont'd)

It may be too early to expect a change in taste that praises near emaciation as "beauty", but there is beginning to be greater awareness and respect for the rights of minorities. Even fat people may come into their own, so that at least there will be relief from the damage resulting from being despised and rejected. It is a type of social reform in which both the professional and the general public can play an active role. Prevention of obesity calls for social acceptance of human diversity and fostering freedom and initiative in the individual. It repudiates manufactured, stereotyped ways of life and demands instead respect for human individuality.

Concluding paragraphs from final
chapter: "Outcome and Outlook",
Eating Disorders, Obesity, Anorexia
Nervosa, and the Person Within,
Hilde Bruch, 1973, pp. 386-387.